Aus der Kinderklinik der Universität Düsseldorf
Direktor: Prof. Dr. G.A. von Harnack

Das Kind im Krankenhaus
Bericht aus Nordrhein-Westfalen und der Bundesrepublik Deutschland

DISSERTATION

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Rudolf Peeters

1983

UNIV.
LONDON
MED.

Aus der Kinderklinik der Universität Düsseldorf
Direktor: Prof. Dr. G.A. von Harnack

Das Kind im Krankenhaus
Bericht aus Nordrhein-Westfalen und der Bundesrepublik Deutschland

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf

vorgelegt von
Rudolf Peeters

1983

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543909_0032

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen
Fakultät der Universität Düsseldorf

Der Dekan
der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf
gez.: Prof.Dr. Hopf

Referent
gez.: Prof. Dr. Karch
Korreferent
gez.: Priv.-Doz. Dr. Potthoff

Das Kind im Krankenhaus

Bericht aus Nordrhein-Westfalen

und der Bundesrepublik Deutschland

		Seite
I	Einleitung mit Formulierung der Fragestellung	3
II	Vorbemerkungen	3
	II.1 Voraussetzungen der psychischen Situation	
	II.2 Geschichte der Kinderkrankenhäuser	
III	Methode	7
	III.1 Das Datenmaterial	
	III.2 Statistische Auswertung	
IV	Umfrageergebnisse in Nordrhein-Westfalen und der restlichen Bundesrepublik Deutschland	8
	IV.1 Beschreibung der wichtigsten Einzelergebnisse	
	IV.2 Diskussion der Ergebnisse	
V	Korrelative Untersuchung ausgewählter Einzelfragenergebnisse in Nordrhein-Westfalen und Bundesrepublik	18
	V.1 Gruppe "Tägliche Besuchszeit"	
	a) Beschreibung der Korrelation	
	b) Korrelationstabellen	
	c) Diskussion	
	V.2 Gruppe "Rooming in"	
	a), b), c) wie unter V.1	
	V.3 Gruppe "Anwesenheit der Schwester bei Aufnahme"	
	a), b), c) wie unter V.1	
	V.4 Gruppe "Bettenzahl"	
	a), b), c) wie unter V.1	

		Seite
VI	Zusammenfassung	57
VII	Literatur	60
VIII	Anhang	64
	VIII.1 Tabellarische Darstellung der Umfrageergebnisse	
	VIII.2 Verwendeter Fragebogen	

I Einleitung mit Formulierung der Fragestellung

Es hat sich in der Öffentlichkeit, nicht zuletzt durch die Reformbestrebungen von verschiedenster Seite, ein Bewußtsein für die Gefahr einer psychischen Gefährdung hospitalisierter Kinder entwickelt.
Ziel der Arbeit ist es, eine Bestandsaufnahme der Situation der Kinder im Krankenhaus aus psychohygienischer Sicht zu geben, sowie den Umfang und die Auswirkung von bisher eingeleiteten Reformen zur Vermeidung psychischer Schäden zu untersuchen.

II.1 Voraussetzungen der psychischen Situation

Die Einweisung in ein Krankenhaus stellt für das Kind einen erheblichen Einschnitt in den bisherigen Ablauf seines Lebens dar. Es war bisher gewohnt, immer auf die Eltern und auf die ihm vertraute Umwelt als konstante Faktoren seines Reifungsprozesses zurückgreifen zu können. Durch die Trennung von der Familie werden oft Trennungsängste bei den Kindern mobilisiert. Diese Ängste wurden von Bowlby (1972) und Robertson (1974) näher untersucht und in verschiedene Stadien eingeteilt. So beginnt die Trennungssituation bei einer großen Zahl von Kindern mit einer anfänglichen Verzweiflungsreaktion, die über eine Phase der stillen Depression in einen Zustand der äußerlichen Angepasstheit und innerlichen Hoffnungslosigkeit einmündet. Diese anfängliche Verzweiflungsreaktion wurde oft als Argument für kurze Besuchszeiten genutzt, um dem Kind den Streß und das Trauma der Trennung von den Eltern möglichst oft zu ersparen. Tatsächlich steckt aber hinter der Isolation und Kontaktverweigerung des hospitalisierten Kindes ein schützender Abwehrmechanismus vor immer wiederkehrenden Enttäuschungen, vgl. dazu Biermann (1965). Folge dieser kurzen Besuchszeiten war aber ein Abrutschen des Kindes in einen Zustand der Depression und Hoffnungslosigkeit, in dem es immer schwieriger wurde, das Kind in seine alte Familienwelt zu integrieren. Ein Deprivationstrauma blieb

dann nicht mehr aus. Biermann (1965), Robertson (1974), Micić (1963).
Natürlich lassen sich noch weitere Faktoren unter dem Begriff der Trennungsangst einordnen; so etwa die diagnostischen und operativen Eingriffe, das Selbsterleben im Kranksein, wie auch die vielen neuen Bezugspersonen, die nach Beobachtungen von Robertson (1974) im Extremfall bis zu 40 Personen innerhalb einer Woche ausmachen können.

Aufgrund der Erkenntnisse der psychischen Situation des hospitalisierten Kindes versuchte Edith Jackson (1948) ein "Rooming-in-Projekt" in den Vereinigten Staaten durchzuführen, bei dem Mutter und Kind zusammen aufgenommen und untergebracht wurden mit dem Ziel, dem Kind eine möglichst starke Bindung zu seiner Mutter zu ermöglichen und damit eine nahezu normale seelische Entwicklung zu gewährleisten.
Grundlegende Reformen wurden erstmals in den 60er Jahren aufgrund des amtlichen Platt-Report in allen Kinderkrankenhäusern in England durchgeführt. Diese Neuregelung kam zustande durch die aufklärenden Arbeiten von Anna Freud (1969), John Bowlby (1975), Donald Winnicott (1958) und James und Joyce Robertson (1976). Mitte der 60er Jahre begann man sich auch in der Bundesrepublik für diese Problematik stärker zu interessieren. 1966 entschied der Münchener Stadtrat, psychohygienische Reformen in allen Kinderkrankenhäusern durchzuführen. Die zu diesem Zeitpunkt eröffnete Kinderklinik München-Harlachingen unter Pache wurde zur Modelleinrichtung eines Mutter-Kind-Krankenhauses erklärt. 12 Jahre später konnte Pache (1978) über Erfahrungen der Mitaufnahme von mehr als 2000 Müttern berichten.
Initiiert und wissenschaftlich fundiert wurde diese Reformbewegung in der Bundesrepublik hauptsächlich von Biermann (1965), der sich stark für eine Änderung der Krankenhaussituation des Kindes durch psychohygienische Reformen einsetzte.
Außerdem engagierte sich in dieser Frage auch die von Frankfurt ausgehende Bürgerinitiative "Kind im Krankenhaus", Folkers (1978), die es sich zur Aufgabe machte,

die Krankenhäuser für diese Reformen zu gewinnen. Dem Aktionskomitee "Kind im Krankenhaus" gehören heute mehr als 5000 Mitglieder in über 50 Ortsgruppen an.
Parallel dazu veränderte sich auch die Situation in vielen Frauenkliniken. Heute gibt es immer mehr Kliniken, in denen Frauen nach Leboyer entbinden können und gleich nach der Geburt ihre Kinder im "Rooming in" zu sich nehmen können, was sich auch gleichzeitig auf den Stillprozeß in positiver Weise auswirkt.
Die Psychohygiene um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett hat sich als eine günstige Voraussetzung für nachfolgende ähnlich ausgerichtete Bemühungen des Kinderarztes um Mutter und Säugling, ob in der Familie oder im Krankenhaus erwiesen, Biermann (1979). Folgende Grundsatzthesen wurden von Biermann (1979) aufgestellt, die die Ziele der psychohygienischen Reformen in deutschen Kinderkrankenhäusern aufzeigen sollen:

1. Jedes Kind ist auf jeder Altersstufe durch jeden Krankenhausaufenthalt potentiell gefährdet.
2. Dies gilt besonders für das Kleinkind unter 6 Jahren.
3. Hierbei ist die Mutter-Kind Beziehung von entscheidender Bedeutung.
4. Es muß deshalb, soweit möglich, auch im Krankenhaus die Mutter-Kind Beziehung erhalten bleiben, sei es durch eine möglichst unbeschränkte tägliche BZ, sei es, zumal bei Kleinkindern, durch eine Mitaufnahme der Mutter im Krankenhaus.

II.2 Geschichte der Kinderkrankenhäuser

Seit dem Beginn der Geschichte der Kinderkrankenhäuser und der wissenschaftlichen Pädiatrie mit der Gründung des "Hôpital des enfants malades" in Paris 1802, 1829 in Deutschland mit der Gründung der ersten Kinderabteilung an der Berliner Charité, lagen die vordringlichsten Probleme in der Entwicklung der Diagnostik und Therapie der spezifischen somatischen Leiden, vor allem in der Beherrschung von Infektionskrankheiten und des infektiösen Hospitalismus. Bis Ende des zweiten Welt-

krieges konnten Infektionen nur durch strenge Isolierung der erkrankten Kinder, zumindest in ihrer weiteren Ausbreitung, beeinflußt werden. Dabei war es nicht möglich, den psychischen Belangen der Kinder Rechnung zu tragen, da die vitale Gefährdung im Vordergrund stand. Obwohl sich die Situation seit Entwicklung der Antibiotika grundlegend geändert hat, wurden und werden immer noch zum Teil nicht mehr angemessene Isolierungen aus "Tradition" beibehalten.

III Methode

III.1 Das Datenmaterial

a) 69 Fragebögen von Kinderkliniken in Nordrhein-Westfalen bei einer Gesamtzahl von 76 vorhandenen Kinderkliniken. Die Fragen wurden während eines persönlichen, von Professor Biermann geführten Interviews mit den jeweiligen Klinikleitern und Angehörigen des Pflegepersonals beantwortet. Professor Biermann besuchte die Kinderkliniken während des Zeitraums von Mitte Februar bis Ende Oktober 1979.
b) 130 ausgesandte Fragebögen, davon kamen 61 zurück, die an Kinderkliniken in den anderen Bundesländern verschickt wurden bei einer Gesamtklinikzahl von ca. 180. Von den 61 ausgewerteten Fragebögen wurden dann doch 6 bei persönlichen Interviews erstellt. Der Erhebungszeitraum lag zwischen Februar 1979 und Anfang März 1980. Die Qualität der versandten Fragebögen war uneinheitlich, da zum Teil die Bögen nicht vollständig ausgefüllt waren und einige Fragen unterschiedlich aufgefaßt wurden.
Die Fragebögen unter a) und b) waren gleich in Fragestellung und Ausführlichkeit und sind im Anhang aufgeführt. Sie enthielten 114 überwiegend offen gestellte Fragen, die sich folgenden Problemenkreisen zuordnen lassen:
I. Besuchszeit, II. Mitaufnahme der Mutter, III. Aufnahme des Kindes, IV. Säuglings-/Intensivstation, Nicht-ärztliche Hilfskräfte, VII. Psychotherapie, VIII. Weitere Fragen.

c) Ein verkürzter Fragebogen mit 37 Fragen wurde an 150 Belegabteilungen (HNO, Augenheilkunde, Dermatologie, Orthopädie) versandt. Leider kamen wenige Antworten (n=62), die Antworten waren zu unterschiedlich in der Ausführung, so daß eine Auswertung dieser Bögen nicht sinnvoll erschien.

III.2 Statistische Auswertung

Beim Vergleich der beiden Fragebogen-Kollektive zeigte sich, daß die Bögen aus Nordrhein-Westfalen eine höhere Validität bedingt durch das Erhebungsverfahren, nämlich persönliches Interview, besitzen als die durch Verschicken erhobenen Fragebögen aus der restlichen Bundesrepublik. So liessen sich bei dieser Querschnittsstudie beide Kollektive nur bedingt miteinander vergleichen. Eine Anwendung exakterer statistischer Methoden (z.B. Vierfeldertest, t-Test usw.) konnte daher nicht erfolgen. Auch eine ursprünglich geplante Übernahme der Daten auf Lochkarten oder Magnetband und rechnergestützte statistische Auswertung konnte aus den gleichen Gründen nicht erfolgen.

Es wurden daher folgende einfache Verfahren durchgeführt:

a) Einfache Auszählung der gegebenen Antworten und Berechnung des prozentualen Anteils pro Gesamtkollektiv. Da die einzelnen Fragen frei, d.h. ohne vorgegebene Antwortkategorie, beantwortet wurden, galt es nach Sichtung der gesamten Antworten eine Kategorisierung für jede einzelne Frage zu finden. Die Einzelergebnisse sind im Anhang aufgelistet. Die wichtigsten Punkte werden in Teil IV aufgeführt und diskutiert.

b) Betrachtung von Korrelationen zwischen zwei Fragen, z.B. die Beziehung zwischen der Bewertung von Komplikationen bei der Besuchszeit und der vorhandenen Besuchtszeitregelung. Es wurden die Fragenpaare hauptsächlich unter dem Gesichtspunkt, welche Reformen sind verwirklicht und wie werden sie bewertet, zusammengestellt. Es wurden Kontingenztafeln erstellt, wobei die erste Frage im betreffenden Abschnitt immer gleich bleibt und

mit einer zweiten Frage, welche in bestimmter Abhängigkeit zu stehen versprach, in Bezug gesetzt wurde.

IV Umfrageergebnisse in Nordrhein-Westfalen und der restlichen Bundesrepublik Deutschland

IV.1 Beschreibung der wichtigsten Einzelergebnisse

a) Besuchszeitregelung

An allen Kliniken wurde inzwischen die tägliche Besuchszeit eingeführt. Im Folgenden bedeutet die erste Zahl Kinderkliniken in Nordrhein-Westfalen (von 69 Kliniken) die Zahl in Klammern die Kliniken der restlichen Bundesländer (von 61 Kliniken, die geantwortet haben). An 28 (25) Kliniken betrug die Besuchszeit (im folgenden mit BZ abgekürzt) mehr als 9 Stunden. An 56 (44) Kliniken wurden diese neuen Regelungen in den letzten 4 Jahren eingeführt. In 32 (27) Kliniken wurden 70 % - 90 % der Kinder täglich von ihrer Mutter besucht. Bei unbeschränkter BZ ergaben sich keinerlei Probleme mit speziellen Besuchszeiten für Berufstätige, da diese Kliniken in den meisten Fällen zwischen 10.00 Uhr und 18.00 Uhr für die Besucher geöffnet sind.

Eine Mittagsruhe wird im übrigen in fast allen Kliniken eingehalten.

Es wurde berichtet, daß durch Lockerung der BZ der Abschiedsschmerz geringer 26 (5) geworden sei, 10 (8) verneinten sogar den Abschiedsschmerz unter der neuen Regelung, der früher regelmäßig beobachtet werden konnte.

Die Raumnot ist noch immer ein großes Problem der Kinderkliniken. So berichten 52 (47) Krankenhäuser über Raumenge, nur 6 (8) verfügen über eigene Besucherräume, Spaziermöglichkeiten waren aber häufig gegeben 61 (53). Es war festzustellen, daß in 53 (30) Kinderkliniken Besuche nur ab 14 Jahren erlaubt waren.

36 (59) Kliniken gaben an, daß keine vermerkten Infektionen nach der neuen, liberalisierteren BZ-Regelung beobachtet wurden.
In 12 (10) Kinderkliniken gab es Kindergärten, in denen Begleitkinder betreut wurden. Allgemein hatte sich oft eine Art "Nachbarschaftshilfe" gewährt, wobei sich die Mutter auch um andere nicht besuchte Kinder kümmerte. 55 (42) Kinderkliniken konnten dies bestätigen.

b) Mitaufnahme der Mutter

In 53 (51) Kinderkliniken konnten Mütter mitaufgenommen werden, allerdings davon in 13 (9) Kliniken nur in ganz besonderen Fällen (Unfälle, Schwerkranke, Behinderte).

Durch Umbau erreichten 8 (11) Kliniken "Rooming in", geplant waren diese in 17 (7) Kliniken. In den meisten Kinderkliniken 31 (26) wurde "Rooming in" durch krankenhausinterne Umorganisation erreicht.
Die Umfrage ergab eine sehr breite Streuung der Kosten der Mitaufnahme. Es gab Kliniken, die die Kosten voll übernahmen, andere berechneten bis zu 200,- DM für eine Übernachtung der Mutter. In der überwiegenden Zahl der Kliniken 41 (33) hatten die Eltern die Kosten zu tragen.Die Zahl der gleichzeitig aufgenommenen Mütter war sehr unterschiedlich. Sie lag zwischen 1 bis zu 20 gleichzeitigen Mitaufnahmen.
Reibungspunkte beim "Rooming in" ergaben sich zwischen den pflegerischen Aufgaben der Schwestern und der ständigen Anwesenheit der Mutter. Die Schwestern hatten noch recht unterschiedliche Meinungen zu diesem Problem. (s. Frage 51 im Anhang)
45 (30) glaubten, daß eine anfängliche Mitaufnahme der Mütter für die ersten Tage genüge, wichtig sei nur, daß die Mutter dem Kind versichere, wiederzukommen.
Es wurde gefragt, wie die Beziehung zu den Eltern eingeschätzt wird. So wurden die meisten Eltern als kooperativ eingeschätzt, und nur wenige Mütter als schwierig. Die ständige Anwesenheit der Mutter wurde allerdings von vielen Schwestern 38 (14) als belastend empfunden, aber

die Schwestern sahen auch den besonderen Nutzen, der für das Kind durch die Hilfe der Mutter in der Pflege erwachsen kann 41 (29).
57 (46) gaben an, aufgeschlossener durch die mit den Reformen gemachten Erfahrungen geworden zu sein. 36 (23) machten ein Generationsproblem für Schwierigkeiten bei der Durchführung von Reformen verantwortlich.

c) Aufnahme des Kindes

An fast allen 68 (59) Kliniken war die Mutter bei der Aufnahme des Kindes anwesend, hat aber in 3 (11) nicht die Möglichkeit, bis zum Schlafengehen des Kindes bei ihm zu bleiben. An 50 (45) Kliniken war die Schwester von der Station als spätere Bezugsperson des Kindes bei der Aufnahme anwesend, bzw. holte das Kind ab. An 36 (23) Kinderkliniken wurden Besuche von Kindergärten organisiert zur Vorbereitung der Kinder auf eine eventuelle spätere Aufnahme. 26 (28) Kliniken lehnten diese Besuche aber grundsätzlich ab.
Nur selten 13 (19) wurde die Aufklärungsschrift des Aktionskomitees "Kind im Krankenhaus" benutzt.

d) Säuglings- und Intensivstation

Laut Umfrage wurden in 49 (52) Kliniken die Eltern an der Pflege der Frühgeborenen beteiligt, während sich nur 15 (6) grundsätzlich dagegen aussprachen.
Der zunehmende Trend, die Säuglinge zu stillen, zeigte sich auch in dieser Untersuchung. So kam in 59 (58) Kliniken Mütter regelmäßig zum Stillen, wobei allerdings die räumliche Situation als eindeutig schlecht bezeichnet werden darf. So verfügten nur 26 (22) Kliniken über ein separates Stillzimmer.

e) Schwerkranke Kinder

Eine Einschränkung der BZ bei lebensgefährlich erkrankten Kindern wird nicht praktiziert. Interessant war

festzustellen, daß nur 7 (4) Kliniken bei aggressiver Chemotherapie zur Behandlung von bösartigen Tumoren noch eine Beschränkung der BZ befürworteten.
Für onkologische Spezialkliniken sprachen sich nur 7 (2) Kliniken aus, die Unterbringung dieser Kinder auf Allgemeinstationen mit zentral gesteuertem Therapieplan wird als beste Möglichkeit angesehen 50 (28).

Eine psychotherapeutische Beratung auch der Eltern durch den Arzt oder Psychologen wurde in den Kliniken als wichtig eingeschätzt, jedoch kaum 14 (34) praktiziert. Psychologische Nachbetreuung der Familien verstorbener Tumorkinder wurde nur in 4 (8) Kliniken praktiziert.

f) Übrige Themenkreise

Die Versorgung der Kinderkrankenhäuser mit Heilpädagogen muß als schlecht bezeichnet werden, in Nordrhein-Westfalen waren insgesamt 9, in den restlichen Bundesländern insgesamt 14 Heilpädagogen in den Kinderkliniken tätig. Weiterhin verfügten 25 (16) Kliniken über keinen Erzieher, 19 (30) Kliniken waren mit Psychologen besetzt, die allerdings oft nicht für diese spezielle Tätigkeit ausgebildet sind, so arbeiteten nur an 1 (8) Kliniken speziell ausgebildete Kinderpsychotherapeuten.
Die schulische Versorgung der Kinder - nach 6 Wochen stationärem Aufenthalt steht diese jedem Kind per Gesetz zu - ließ zu wünschen übrig. So gab es an 35 (30) Kliniken keinen Lehrer, über einen oder mehrere fest angestellte Lehrer verfügen 34 (31) Kinderkliniken. Ein Schulzimmer gibt es nur in 25 (20) Kliniken, oft wurde am Bett unterrichtet.
Obwohl in 56 (38) Kliniken der Anteil an Ausländerkinder zwischen 20 und 50 Prozent lag, wurden noch in 17 (18) Kliniken sprachliche Probleme überhaupt nicht gemeistert.

Nur an 1 (2) Kinderkliniken bestand eine Abteilung für Jugendliche, gefordert wurde diese Einrichtung von 38 (20) Kliniken.
In 32 (38) Kliniken ließ die Bettenbelegung nach, so daß Bettenzahlen verkleinert werden mußten. Zum Teil

wurde diese Entwicklung durch Umstrukturierungen zu jugendpsychiatrischen oder sozial-pädiatrischen Kliniken abgefangen.
Unverändert blieb die Belegung in 12 (11) Kliniken, in 19 (10) Kliniken stieg sie an, 31 (22) Krankenhäuser waren zu über 70 % belegt. (Es sei hier auf den Korrelationsteil, Tab. 15 a und b. verwiesen, der zeigt, welchen Einfluß das Angebot von "Rooming in" auf die Belegungszahl hat).

IV.2 Diskussion der Ergebnisse

a) Besuchszeitregelung

Insgesamt wurde die Lockerung der BZ von den untersuchten Kliniken positiv eingeschätzt. Über die Erfahrungen einer "maximal liberalisierten Besuchsregelung" berichtet auch Keuth (1978), der die Erfahrungen ebenfalls positiv beurteilt. Er glaubt sogar, daß die Infektionen eher abgenommen haben durch die Lockerung der BZ, darauf weisen auch die korrelativen Untersuchungen dieser Arbeit hin. Auch Robertson (1974) beteiligte schon früh die Mütter an der Pflege ihrer infektiös erkrankten Kinder und machte gute Erfahrungen.

Die verlängerte BZ kommt auch den Vätern in ihrem Bedürfnis entgegen, immer öfter ihre Kinder im Krankenhaus zu besuchen. Auf diese Problematik hat bereits der Schweizer Kinderarzt Nef (1973) hingewiesen.
Es ist ein Fehlschluß, kurze BZ mit einem weniger oft zu beobachtenden Abschiedsschmerzereignis zu begründen, wie es so oft an den Kinderkliniken geschieht.
Es ist ferner wichtig, daß die Mutter in der Klinik darauf hingewiesen wird, sich nicht heimlich von ihrem Kind zu entfernen. Es ist besser, wenn das Kind mit Schmerz reagiert, als dem Kind jede Reaktionsmöglichkeit zu nehmen und es damit in einem depressiven Dämmerzustand zu belassen.
Leider herrscht immer noch große Raumnot und es bleibt zu hoffen, daß diese im Laufe der Zeit durch bauliche Maßnahmen oder Umorganisationen gemildert werden wird.

b) Mitaufnahme der Mutter

Der Ausdruck "Mutter-Kind Einheit" wurde von G. und R. Biermann in den ersten Veröffentlichungen geprägt und hat sich mittlerweile allgemein durchgesetzt. Gemeint ist mit diesem Ausdruck eine architektonisch geplante Spezialstation für Mütter und Kind mit Aufenthaltsräumen, Waschgelegenheiten, Teeküche usw., welche ein problemloses Zurückziehen vom Kranksein des Kindes für die Mutter ermöglicht und nicht in ihr das Gefühl entstehen läßt, "Gefangene ihres Kindes zu sein", Haffter (1970). Eben diese Mutter-Kind Einheit ist eine wichtige bauliche Voraussetzung für das normale Funktionieren der Mutter-Kind Beziehung im Krankenhaus, weil auf solch einer Abteilung am ehesten auf die Wünsche von Mutter und Kind eingegangen werden kann.

Die Umfrage ergab, daß ca. 80 % der Kinderkliniken Mütter mitaufnahmen, wobei oft das "Rooming in" nur in ganz besonderen Fällen gewährt wird. Sicherlich genügt eine anfängliche Mitaufnahme der Mutter in vielen Fällen.

So wies bereits Pache (1974) darauf hin, daß die Mutter nur anfangs mitaufgenommen werden sollte. Wichtig sei nur, daß die Mutter dann dem Kind versichert, auch jeden Tag zu kommen.

Nach Meinung von Biermann (1979) und anderen Klinikern, z.B. Pache, Keuth (Biermann 1979), genügt eine Mitaufnahme in ca. 10 % der Einweisungen. Sie ist beschränkt auf besondere Fälle wie operative Eingriffe oder besonders schwierige psychische Situationen des Kindes.

Am Beispiel der Schieloperation wies bereits v. Troschke (1973) auf die Mitaufnahme der Mutter hin, Brain (1968) beschrieb die Vorteile des "Rooming in" bei tonsillektomierten Kindern. Außerdem werden durch ambulante Operationen Mitaufnahmen von Mütter unnötig. Früher war die Finanzierung wohl noch unklar, so berichtet Pache (1978), der als Leiter eines Mutter-Kind Krankenhauses schon über 2000 Mütter aufnahm, daß

die meisten Mitaufnahmen bei Müttern aus wirtschaftlich gesicherten Verhältnissen beobachtet werden. Keuth (1978) konnte diesen Trend ebenfalls bestätigen. Auch diese Untersuchung zeigte, daß die Kosten fast immer von den Eltern getragen wurden. (siehe Frage 49)
Inzwischen hat das Bundessozialgericht in Kassel im März 1980 entschieden (AZ: 3 RK 32/79), daß für die Krankenkassen die Mitaufnahme der Mutter eines erkrankten Kindes im Pflegesatz mitenthalten sind, wenn hierfür eine medizinische Indikation mit einem ärztlichen Attest bestätigt wird. Diese ist zum Beispiel gegeben für die Mutter eines behinderten Kindes, wenn sie zur pflegerischen Betreuung und Förderung ihres Kindes während des Klinikaufenthaltes angelernt wird. Sie besteht aber generell für jedes Kleinkind, welches in enger Mutter-Kind-Bindung der Gefährdung durch ein Krankenhaustrauma ausgesetzt ist. Viele einzuschulende Kinder sind in ihrer psychosozialen Entwicklung noch rückständig, so daß es auch aus ärztlich-psychologischer Sicht vertretbar erscheint, jedem Kind im Vorschulalter das Recht auf seine Mutter im Krankenhaus, notfalls mit deren Mitaufnahme zuzubilligen. Auch Mühlendahl, Trappe und Silomon (1983) berichten über die Schwierigkeit, abzuschätzen, wann eine Elternmitaufnahme medizinisch notwendig ist bei oben geschilderter Rechtslage. Sie empfehlen aber, den gegebenen Spielraum nicht generell "liberal" auszuschöpfen, ohne daß Restriktionen sich zu Lasten der kranken Kinder auswirken.
Insgesamt ist festzuhalten, daß das "Rooming in" immer häufiger praktiziert wird, aber noch oft genug an finanziellen Problemen scheitert, obwohl die Mitaufnahme in speziellen Fällen von extremer Wichtigkeit sein kann.

c) Aufnahme des Kindes

Hier könnte durch intensivere Aufklärungsmaßnahmen der Eltern eine bessere Vorbereitung des Kindes auf den Krankenhausaufenthalt erreicht werden. Diesem Zweck könnten Aufklärungsschriften dienen, wie zum Beispiel spezielle Informationsblätter der jeweiligen Kinderkrankenhäuser, deren Vorteil darin bestünde, daß sie persönlich gehalten sind und auf die Besonderheiten und Bedürfnisse des betreffenden Krankenhauses eingehen könnten (z.B. mit Hinweisen auf Busverbindungen etc.). Schade ist, daß das Informations-Faltblatt des "Aktionskomitees Kind im Krankenhaus" noch relativ selten benutzt wird (siehe Frage 68). Zahlreiche Bilderbücher erwiesen sich als hilfreich zur Information der Kinder, wie zum Beispiel "Gabi geht ins Krankenhaus","Elisabeth wird gesund", "Florian" usw.
Kindergartenbesuche erhalten ihre Berechtigung dadurch, daß für die Kinder der beste Schutz von einem Krankenhaustrauma immer das Kennenlernen dieser Institution, ohne selbst davon betroffen zu sein, ist. Leider lehnen noch zu viele Kliniken (ca. 40 %) diese Besuche ab. Erfreulich ist, daß lediglich in 2 der befragten Kliniken, die Anwesenheit der Mutter bei der Aufnahme nicht geduldet wird.

d) Säuglings- und Intensivstation

Die Beteiligung der Eltern an der Pflege ihrer Frühgeborenen, bekannt in Deutschland als "Offenbacher Modell", v.Lüpke (1978), findet in ca. 80 % der Kinderkliniken statt. Dies ist eine sehr erfreuliche Entwicklung, haben doch die Cleveländer Kinderärzte Klaus und Kennell (1974) nachgewiesen, daß Frühgeborene im Brutkasten eine schnellere Nachreifung erfahren, wenn die Mutter im Hand-Hautkontakt an ihrer Pflege beteiligt wird.
In 90 % der Kliniken kommen die Mütter zum Stillen ihrer Säuglinge; es muß gefordert werden, daß in jeder Klinik (bisher nur in jeder dritten) separate Stillzimmer eingerichtet werden.

e) Schwerkranke Kinder

Mit den besseren Therapiemöglichkeiten bei schwerkranken Kindern steigt auch gleichzeitig die Zahl der chronisch kranken Kinder, die zum Teil monatelang stationär behandelt werden müssen. Hier ist bereits die Möglichkeit des ständigen Anwesendseins der Eltern selbstverständlich. Gerade diese Kinder sind auf ihre vertraute Umgebung angewiesen, wobei besonders bei einer intensiven Therapie der Schutz der Eltern unentbehrlich ist. Es stellt sich oftmals eine familiäre Situation auf der Station ein. Bei Intensivtherapien hat es sich herausgestellt ,daß eine Anwesenheit der Eltern für den Therapieerfolg förderlich ist.
Wenn aber ein langer Krankenhausaufenthalt zwingend ist ,sollte auf eine psychotherapeutische Hilfe für Eltern nicht verzichtet werden. Larbig (1973), Steffen (1979). Leider wird diese psychische Betreuung, vor allem die psychologische Nachbetreuung der Familien verstorbener Kinder, noch zu wenig praktiziert.
Die Einrichtung sogenannter Krebskliniken bzw. Spezialabteilungen für Krebskranke ist in verschiedener Hinsicht als problematisch anzusehen. Einerseits besteht dazu sicher eine medizinische Notwendigkeit, weil mehr Erfahrung mit der aggressiven, nebenwirkungsreichen Chemotherapie bei Schwestern und Ärzten gesammelt und weitergegeben werden kann. Andererseits wäre es für die psychische Situation der betroffenen Kinder wahrscheinlich besser, wenn sie bewußt mit weniger kranken zusammengelegt würden. Außerdem stellt die Tatsache, ihr Kind zur Behandlung oder Untersuchung in eine "Krebsklinik" bringen zu müssen, für die Eltern eine große psychische Belastung dar, zudem eine überflüssige wenn sich der "Krebsverdacht" doch nicht bestätigen sollte.

f) Übrige Themenkreise

Wie bereits aus dem Ergebnisteil ersichtlich, sind die Kinderkliniken relativ schlecht mit heilpädagogischen Hilfskräften und Lehrern besetzt, wobei re-

lativ eine Überbetonung des Schulischen gegenüber der heilpädagogisch-psychotherapeutischen Betreuung des kranken Kindes ersichtlich ist.
Emma Plank (1978), (1973) schuf die wissenschaftlichen und praktischen Grundlagen für das Berufsbild des "Child-Life-Worker", welches dem deutschen Beruf des Heilpädagogen entspricht. Ein solcher tiefenpsychologisch geschulter Mitarbeiter soll es dem Kind erleichtern, in Spiel und Beschäftigung mit seinen inneren und äußeren Konflikten im Kranksein fertig zu werden, Neuhaus (1978). Der "Child-Life-Worker" sollte in der Klinik gleichberechtigt seinen Aufgabenbereich neben Arzt und Schwester wahrnehmen können. Dieser Aufgabenbereich besteht hauptsächlich in der Vertretung der Interessen des Kindes, der Heilpädagoge sollte Anwalt des Kindes sein. Es sollte zum Beispiel möglich sein, daß Operationen in Abhängigkeit von der augenblicklichen Notsituation des Kindes, einen derartigen Eingriff nicht ohne zusätzlichen seelischen Schaden zu überstehen, soweit möglich verschoben werden.
Von Veeneklaas (1975) in Holland stammt der Begriff der "Observatrice" für eben geschildertes Berufsbild.

Ausländerkinder haben einen nicht zu unterschätzenden Anteil am Patientengut. Daß auf den Säuglings- und Kinderstationen z.T. mehr als 50 % Ausländerkinder liegen, erklärt sich wahrscheinlich mit der vermehrten Infektanfälligkeit dieser Kinder, die oft unter erschwerten Wohn- und Lebensbedingungen ihr Dasein fristen. Die Sprachbarrieren konnten durch inzwischen erschienene fremdsprachige Anamnesefragebögen gemildert werden. Der vermehrte Einsatz von freien Dolmetschern, bzw. die Bitte an die Eltern, sprachgeübtere Arbeitskollegen mitzubringen, dürfte weitere Erleichterung schaffen.

V Korrelative Untersuchung ausgewählter Einzelfragenergebnisse in Nordrhein-Westfalen und der restlichen Bundesrepublik

V.1 Gruppe "Tägliche Besuchszeit"

a) Beschreibung der Korrelationen

Beeinflussung der Infektionsrate durch die tägliche Besuchszeit (siehe Tabelle 1 a + 1 b)

Durch die Korrelation dieser beiden Fragen sollte untersucht werden, ob die Infektionsrate nach Ansicht der Befragten irgendeine Abhängigkeit von der Dauer der Besuchszeit (BZ) aufweist. In der Umfragegruppe Nordrhein-Westfalen ergab sich folgendes: Häuser mit strenger BZ-Regelung berichten über eine höhere Infektionsrate als solche, die die BZ mittelstreng oder großzügig regelten. In der Bundesrepublik wurde in den Häusern mit mittelstrenger Regelung über wenig Infektionen berichtet. In den Häusern mit strenger und denen mit großzügiger Regelung soll die beobachtete Infektionsrate etwas höher liegen. In der Bundesrepublik fand sich keine signifikante Beziehung zwischen BZ und Infektionsrate. In Nordrhein-Westfalen soll die Infektionsrate mit der Großzügigkeit der BZ abgenommen haben.

Abhängigkeit der Schwesternbelastung von der täglichen Besuchszeit (siehe Tabelle 2 a + 2 b)

In Nordrhein-Westfalen (NW) fand sich folgendes: Die Belastung der Schwester in den Kliniken mit mittelstrenger Regelung ist genauso hoch wie in den strengen Kliniken. In den Kliniken mit großzügiger Regelung wird die Belastung der Schwester geringer eingeschätzt. In der restlichen Bundesrepublik (BR) wird bei strenger Regelung in 100 % der Fälle eine Überbelastung der Schwester bejaht, bei den Mittelstrengen liegt sie bei 57 %, bei den Großzügigen bei 80 %.
Generell wurde in der BR-Gruppe viel öfter eine Belastung der Schwester bejaht. Beachtenswert ist, daß

100 % in der BR-Gruppe über Mehrbelastung bei schon strenger Regelung berichten, dagegen nur 29 % in den Kliniken mit großzügiger Regelung in NW.
Es läßt sich zusammenfassend sagen, daß keine direkte Beziehung zwischen der Belastung der Schwester und der Dauer der BZ zu finden ist.

Werden die ärztlichen Aufgaben durch die tägliche Besuchszeit behindert ? (siehe Tabelle 3 a + 3 b)

Bei der Auszählung dieser beiden Fragen ergab sich für NW folgendes Bild: Die ärztlichen Aufgaben werden bei strenger und großzügiger BZ-Regelung wenig behindert. In der Gruppe der mittelstrengen Regelung werden häufiger Behinderungen der ärztlichen Aufgaben beobachtet. Gegensätzlich fielen die Ergebnisse in der BR aus: Die mittelstrengen und großzügigen Kliniken sehen wenig Behinderung in ihrer ärztlichen Arbeit, die strengen dagegen berichten häufiger über Behinderungen.
Es bleibt festzuhalten, daß in beiden Auszählungsgruppen bei großzügiger Regelung der BZ nur eine geringe Störung ärztlicher Arbeit beobachtet wird.

Hat die tägliche Besuchszeit einen Einfluß auf den Abschiedsschmerz der Kinder ? (siehe Tabelle 4 a + 4 b)

In NW zeigte sich, daß gleichmäßig mit kürzeren BZ der Abschiedsschmerz der Kinder anwuchs.
In der BR war das Ergebnis nicht so eindeutig. So berichteten die Kliniken mit strenger Regelung zwar über eine große Zahl von Kindern mit Abschiedsschmerz (92%), die mittelstrengen Kliniken beobachteten aber Abschiedsschmerz nicht so häufig wie die großzügigen Kliniken.

Zu beiden Gruppen läßt sich aber übereinstimmend folgendes feststellen: Bei kurzer BZ läßt sich sehr häufig Abschiedsschmerz bei den Kindern erkennen.

Hängt die Frequenz der Mütterbesuche von der Länge der Besuchszeit ab ? (siehe Tabelle 5 a + 5 b)

In NW nehmen die Mütter die mittelstrengen Besuchszeiten öfter wahr als die großzügigen und strengen. In der

Bundesrepublik werden die Krankenhäuser mit strenger und mittelstrenger Besuchszeitregelung häufiger frequentiert als Kliniken mit liberaler BZ-Regelung.

Beeinflussung der Häufigkeit von Fehlverhalten durch die Besuchszeitregelung (siehe Tabelle 6 a + 6 b)

In NW wird eine geringfügige Häufung von Fehlverhalten bei großzügiger BZ angegeben, in der BR läßt sich eigentlich kein Trend ablesen. Von "Fehlverhalten" wurde gesprochen, wenn die Besucher eine schlechte Anpassung an die krankenstationsbedingten Umstände zeigten.

Besuchszeitregelung für Berufstätige im Verhältnis zur sonstigen Besuchszeitregelung (siehe Tabelle 7 a + 7 b)

Diese Kombination sollte aufzeigen, wie kompromißbereit die BZ für Berufstätige in Häusern mit strenger Regelung gehandhabt wird. Da ja bei einer BZ von 4-9 Std. Probleme für Berufstätige kaum entstehen dürften, interessierten vor allem die Antworten der Häuser mit strenger BZ-Regelung.
In NW fanden sich folgende Ergebnisse: Bei strenger BZ-Regelung werden oft (90 % der Fälle) Ausnahmen gemacht, in zwei Kliniken müssen sich die Berufstätigen exakt an die BZ halten, Besuche werden damit de facto unmöglich gemacht. In der Bundesrepublik machten die Kliniken mit kurzer Besuchszeit zu 100 % Ausnahmen für Berufstätige.

Einfluß der Besuchszeitregelung auf Probleme durch zu kleine Zimmer (siehe Tabelle 8 a + 8 b)

Frage 23 wurde weiter aufgegliedert, um zu sehen, ob die BZ-Probleme durch zu kleine Zimmer eine bestimmte BZ-Regelung zur Folge hat. Man könnte vielleicht erwarten, daß die strenge BZ-Regelung auch zum Teil durch Raumprobleme verursacht wird. In NW ergab sich folgendes: Bei strenger BZ-Regelung ergaben sich oft Probleme durch zu kleine Zimmer. Die Häuser mit mittelstren-

ger und großzügiger BZ klagten nicht so häufig über diese Probleme. In der BR gaben nur die Häuser mit großzügiger Regelung an, weniger Probleme durch zu kleine Zimmer zu haben. Generell wurde aber bei allen Gruppen über große Raumprobleme geklagt.
In Nordrhein-Westfalen läßt sich also ein Zusammenhang zwischen strenger BZ-Regelung und dem Zimmerproblem aufzeigen und zwar in der Art, daß strenge Kliniken vermehrt über Raumnot klagen.

Stört die tägliche Besuchszeit den Ablauf der ärztlichen Visite? (siehe Tabelle 9 a + 9 b)

In NW und BR ergab sich übereinstimmend folgendes Bild: Je strenger die BZ geregelt ist, um so störender wird auch die Anwesenheit der Eltern bei der Visite empfunden.

b) Korrelationstabellen

Tab. 1 a - Korrelation zwischen Frage 5 und Frage 7 in Nordrhein-Westfalen

Tägliche Besuchszeit (Regelung)		Vermehrte Infektionen ja	nein	keine Äusserung
streng n=19	1-3 std	5 26 %	13 68 %	1 5 %
mittel-streng n=11	4-6 std	2 18 %	9 82 %	
gross-zügig n=38	7-9 std (ganztägig)		37 97 %	1 3 %

Tab. 1 b - Korrelation zwischen Frage 5 und Frage 7 in der restlichen Bundesrepublik

Tägliche Besuchszeit (Regelung)		Vermehrte Infektionen ja	nein	keine Äusserung
streng n=12	1-3 std	1 8 %	10 83 %	1 8 %
mittel-streng n=14	4-6 std		13 93 %	1 7 %
gross-zügig n=30	7-9 std (ganztägig)	3 10 %	26 87 %	1 3 %

Tab. 2 a - Korrelation zwischen Frage 5 und Frage 8 in Nordrhein-Westfalen

Tägliche Besuchszeit (Regelung)	Belastung der Schwester ja	nein	kein Unterschied	keine Äusserung
streng 1-3 std n=19	10 53 %	5 26 %	2 11 %	2 11 %
mittelstreng 4-6 std n= 11	6 55 %	3 27 %	1 9 %	1 9 %
grosszügig 7-9 std n=38	11 29 %	22 58 %	4 11 %	1 3 %

Tab. 2 b - Korrelation zwischen Frage 5 und Frage 8 in der restlichen Bundesrepublik

Tägliche Besuchszeit (Regelung)	Belastung der Schwester ja	nein	kein Unterschied	keine Äusserung
streng 1-3 std n=12	12 100 %			
mittelstreng 4-6 std n=14	8 57 %	3 21 %	2 14 %	1 7 %
grosszügig 7-9 std n=30	24 80 %	5 17 %	1 3 %	

Tab. 3 a - Korrelation zwischen Frage 5 und Frage 9 in Nordrhein-Westfalen

Tägliche Besuchszeit (Regelung)	Behinderung der ärztlichen Aufgaben: Ja	nein	unentschieden	keine Äusserung
streng 1-3 std n=19	5 26 %	10 53 %	2 11 %	2 11 %
mittelstreng 4-6 std n=11	4 36 %	5 45 %	2 18 %	
grosszügig 7-9 std n=38	8 21 %	28 74 %		2 5 %

Tab. 3 b - Korrelation zwischen Frage 5 und Frage 9 in der restlichen Bundesrepublik

Tägliche Besuchszeit (Regelung)	Behinderung der ärztlichen Aufgaben: ja	nein	unentschieden	keine Äusserung
streng 1-3 std n=12	7 58 %	3 25 %	2 17 %	
mittelstreng 4-6 std n=14	4 29 %	6 43 %	3 21 %	1 7 %
grosszügig 7-9 std n=30	9 30 %	19 63 %	1 3 %	1 3 %

Tab. 4 a - Korrelation zwischen Frage 5 und Frage 10 in Nordrhein-Westfalen

Tägliche Besuchszeit	Abschiedsschmerz der Kinder nach der Besuchszeit			
(Regelung)	ja	nein	weniger geworden	keine Äusserung
streng 1-3 std n=20	11 55 %	1 5 %	7 35 %	1 5 %
mittelstreng 4-6 std n=10	4 40 %	4 40 %	2 20 %	
grosszügig 7-9 std n=38	13 34 %	7 18 %	16 42 %	2 5 %

Tab. 4 b - Korrelation zwischen Frage 5 und Frage 10 in der restlichen Bundesrepublik

Tägliche Besuchszeit	Abschiedsschmerz der Kinder nach der Besuchszeit			
(Regelung)	ja	nein	weniger geworden	keine Äusserung
streng 1-3 std n=12	11 92 %	1 8 %		
mittelstreng 4-6 std n=14	8 57 %	2 14 %	2 14 %	2 14 %
grosszügig 7-9 std n=29	22 75 %	5 17 %	1 3 %	1 3 %

Tab. 5 a- Korrelation zwischen Frage 5 und Frage 14 in Nordrhein-Westfalen

Tägliche Besuchszeit	Wieviele Mütter nehmen die tägliche Besuchszeit wahr %				
(Regelung)	20-30%	40-50%	60-70%	80-90%	keine Äusserung
streng 1-3 std n=22	1 4 %	9 41 %	5 23 %	6 27 %	1 4 %
mittelstreng 4-6 std n= 11		2 18 %	4 36%	5 45 %	
grosszügig 7-9 std n=39	1 3 %	13 34 %	11 28 %	10 25 %	4 10 %

Tab. 5 b - Korrelation zwischen Frage 5 und Frage 14 in der restlichen Bundesrepublik

Tägliche Besuchszeit	Wieviele Mütter nehmen die tägliche Besuchszeit wahr %				
(Regelung)	20-30%	40-50%	60-70%	80-90%	keine Äusserung
streng 1-3 std n=12		2 16 %	4 33 %	5 42 %	1 8 %
mittelstreng 4-6 std n 14	1 7 %	2 14 %	3 21 %	6 43 %	2 14 %
grosszügig 7-9 std n =30	2 6 %	4 13 %	10 33 %	7 23 %	7 23 %

Tab. 6 a - Korrelation zwischen Frage 5 und Frage 20 in Nordrhein-Westfalen

Tägliche Besuchszeit (Regelung)		Wird Fehlverhalten der Besucher beobachtet: überhaupt nicht	bei Eltern	bei ander. Besuch.	bei Gastarbeit.	ja. ganz allg.	keine Äusserung
streng n=20	1-3 std		9 45%	1 5%	1 5%	8 40%	1 5%
mittelstreng n=10	4-6 std		4 40%			6 60%	
grosszügig	7-9 std	3 8%	12 32%	2 5%		20 54%	1 5%

Tab. 6 a - Korrelation zwischen Frage 5 und Frage 20 in der restlichen Bundesrepublik

Tägliche Besuchszeit (Regelung)		Wird Fehlverhalten der Besucher beobachtet: überhaupt nicht	bei Eltern	bei ander. Besuch.	bei Gastarbeit.	ja ganz allg.	keine Äusserung
streng n=13	1-3 std			1 8%	5 38%	6 46%	1 8%
mittelstreng n=13	4-6 std		2 15%		4 31%	4 31%	3 23%
grosszügig	7-9 std		5 17%	4 14%	3 10%	14 48%	3 10%

Tab. 7 a - Korrelation zwischen Frage 5 und Frage 22 in Nordrhein-Westfalen

Tägliche Besuchszeit (Regelung)		Besuchszeit für Berufstätige: müssen sich an BZ halten	es werden Ausnahmen gemacht	keine Äusserung
streng n=21	1-3 std	2 10 %	19 90 %	
mittelstreng n=11	4-6 std	5 45 %	4 36 %	2 18 %
grosszügig n=36	7-9 std	12 33 %	24 66 %	

Tab. 7 b - Korrelation zwischen Frage 5 und Frage 22 in der restlichen Bundesrepublik

Tägliche Besuchszeit (Regelung)		Besuchszeit für Berufstätige: müssen sich an BZ halten	es werden Ausnahmen gemacht	keine Äusserung
streng n=11	1-3 std		11 100 %	
mittelstreng n=14	4-6 std	3 21 %	10 71 %	1 7 %
grosszügig n=30	7-9 std	8 27 %	18 60 %	4 13 %

Tab. 8 a - Korrelation zwischen Frage 5 und Frage 23 in Nordrhein-Westfalen

Tägliche Besuchszeit (Regelung)		Besuchszeit-Probleme durch zu kleine Zimmer ja	nein	keine Äusserung
streng n=20	1-3 std	17 85 %	2 10 %	1 5 %
mittel-streng n=10	4-6 std	7 70 %	3 30 %	
gross-zügig n=38	7-9 std	27 71 %	9 24 %	2 5 %

Tab. 8 b - Korrelation zwischen Frage 5 und Frage 23 in der restlichen Bundesrepublik

Tägliche Besuchszeit (Regelung)		Besuchszeit-Probleme durch zu kleine Zimmer ja	nein	keine Äusserung
streng n=12	1-3 std	10 83 %	2 17 %	
mittel-streng n=13	4-6 std	11 85 %	1 8 %	1 8 %
gross-zügig n=29	7-9 std	21 72 %	5 17 %	3 10 %

Tab. 9 a - Korrelation zwischen Frage 5 und Frage 29 in Nordrhein-Westfalen

Tägliche Besuchszeit (Regelung)		Wird die Anwesenheit der Eltern bei der Visite als störend empfunden: ja	nein	manchmal
streng n=19	1-3 std	12 63 %	4 21 %	3 16 %
mittel-streng n=10	4-6 std	5 50 %	5 50 %	
gross-zügig n=38	7-9 std	14 37 %	14 37 %	10 26 %

Tab. 9 b - Korrelation zwischen Frage 5 und Frage 29 in der restlichen Bundesrepublik

Tägliche Besuchszeit (Relgelung)		Wird die Anwesenheit der Eltern bei der Visite als störend empfunden: ja	nein	manchmal
streng n=12	1-3 std.	8 67 %	3 25 %	1 8 %
mittel-streng n=14	4-6 std	7 50 %	3 21 %	4 29 %
gross-zügig n=30	7-9 std	12 40 %	14 47 %	4 13 %

c) Diskussion

Die angegebene Abhängigkeit der Infektionsrate von der Dauer der Besuchszeit ist besonders interessant, weil oft rigide BZ-Regelungen mit erhöhter Infektionsgefährdung begründet werden. Die Angabe, daß in NW die Infektionsrate mit der Großzügigkeit der BZ abgenommen haben soll, läßt vielleicht folgende Deutung zu: möglicherweise wollen die Klinikleiter ihre längeren Besuchszeiten favorisieren durch die Angabe, sie hätten weniger Infektionen festgestellt. Man beachte außerdem, daß der Begriff "Infektion" im Fragebogen nicht genau umgeschrieben wurde, eine Infektion in der Praxis oftmals schwer festzustellen ist und außerdem in den befragten Kliniken keine exakten Untersuchungen zu diesem Problemkreis vorlagen. Aus den widersprüchlichen Ergebnissen der Umfrage in der Bundesrepublik läßt sich keine Beziehung zwischen Besuchszeitregelung und erhöhter Infektionsrate ablesen.

In keiner Beziehung scheint die Belastung der Schwester mit der Besuchszeit zu stehen. Gründe für die uneinheitliche Beantwortung der Frage wären möglicherweise:
1. Die Belastung ist ein subjektives Erlebnis.Manche empfinden die Anwesenheit der Eltern als Hilfe, manche als Belastung. Diese Frage wurde im Interview nur von einer anwesenden Schwester beantwortet, die nicht immer für ihre Kolleginnen repräsentativ mitantworten kann.
2. Neuregelungen werden oft gefühlsmäßig erst einmal als Belastung empfunden, bis man sich mehr und mehr daran gewöhnt.
3. Die Belastung ist nicht in jedem Haus gleich, (z.B. Stellenplan unbesetzt, schlechtes Arbeitsklima), so daß unterschiedliche Ausgangspositionen vorliegen.
4. Es besteht keine Korrelation zwischen BZ und Belastung der Schwester.

Weiterhin war zu vermuten, daß die Behinderung ärztlicher Aufgaben mit kürzer werdender BZ abnimmt, da der Besucherstrom, konzentrierter in der kurzen Zeit, die Ärzte weniger zeitlich beschränken würde. Die Fragebogenergeb-

nisse widerlegen diese Vermutung. In NW zeigt sich überhaupt keine Abhängigkeit zwischen Länge der BZ und der ärztlichen Behinderung, in der BR stand das ausgezählte Ergebnis der eben geäußerten Vermutung völlig entgegen. Folgende Ursachen kämen für dieses unerwartete Ergebnis in Frage: Der Besucherstrom verteilt sich bei langer BZ besser über den ganzen Tag, so daß die ärztliche Arbeit wenig behindert wird, da immer nur eine kleine Zahl von Besuchern sich ständig auf der Station befindet. Auch die Einstellung der Befragten könnte das Ergebnis verzerren. Sie wollen vor einer weiteren Lockerung der BZ warnen, indem sie behaupten, schon die kurzen BZ stören uns in der Arbeit, wie soll sich das erst einmal bei großzügigen BZ auswirken. Das wichtigste Ergebnis bei dieser Frage dürfte sein, daß in beiden Auszählungsgruppen die Kliniken mit großzügiger BZ-Regelung keine oder nur geringe Störungen der ärztlichen Tätigkeit beobachteten. Die Behauptung, großzügige BZ stören den geordneten Ablauf der Arbeit im Krankenhaus dürfte dadurch mit Recht angezweifelt werden.
Es fiel im Vergleich zur Vorfrage auf, daß die Belastung der pflegerischen Arbeit generell höher eingeschätzt wird als die Belastung ärztlicher Aufgaben.
Da sich aus der Korrelation ergab, daß der Abschiedsschmerz bei kurzer Besuchszeit am stärksten ist, muß auch hier die Verlängerung der BZ gefordert werden, um dem Kind den Abschiedsschmerz zu ersparen oder zumindest zu mildern.

Von 130 Kliniken gaben ganze zwei an, keine Ausnahme in der BZ-Regelung für Berufstätige zu gewähren. Wenn dies stimmt, darf man mit dem Ergebnis sehr zufrieden sein. Es gibt zu denken, daß in der Gruppe der Kliniken mit strenger BZ-Regelung die höchste Zahl derer war, die die Anwesenheit der Eltern bei der Visite als stören empfinden. So kooperativ und besucherfreundlich, wie dies aus Frage 22 (BZ für Berufstätige) hervorgeht, scheinen diese Kliniken nicht zu sein. Die Ergebnisse der Frage 22 lassen sich damit durch Frage 29 (Wird die Anwesenheit der Eltern bei der Visite als störend empfunden) relativieren.

Der Prozentsatz derer, die Sonderregelungen bei strenger BZ einrichten, ist sehr hoch. Aus den oben angeführten Überlegungen läßt sich allerdings vermuten, daß diese Sonderregelungen tatsächlich nicht so oft gewährt werden, wie es aus dem Ergebnis hervorgeht.

Weiterhin sollte zur Diskussion gestellt werden, ob strenge BZ ein geeignetes Mittel sind, das Raumproblem zu lösen, bzw. zu umgehen. Wäre es zum Beispiel nicht denkbar, bei Raumproblemen gerade die BZ zu lockern, um so immer einen gleichmäßigen Besucherstrom zu ermöglichen. Das Argument, wir reglementieren unsere BZ streng, damit weniger Eltern kommen, die Raumnot damit kleiner wird, vergißt in erheblichem Maße die Bedürfnisse der Kinder.

Aus Tabelle 5 a + b (Frequenz der Besuche) geht im übrigen nicht hervor, daß durch strenge Regelungen Eltern sich abhalten lassen, ihre Kinder regelmäßig zu besuchen.

Die Fragenkombination "Stört die tägliche BZ den Ablauf der ärztlichen Visite" war eigentlich gedacht als Parameter für die Einstellung der Ärzte gegenüber den Eltern und es ergeb sich auch, daß in Häusern mit strenger BZ die Anwesenheit der Eltern störender empfunden wird. Aber es wäre sicher falsch, dieses Ergebnis vordergründig zu interpretieren. Bei der Visite werden medizinische Probleme diskutiert, die z.T. von den Eltern nicht verstanden werden. Diese Diskussionen können in manchen Fällen zusätzliche Ängste auslösen. Die Untersuchung des Kindes im Beisein der Eltern ist davon nicht berührt. Oft befinden sich im Zimmer noch andere Eltern, eine Besprechung der Probleme ist daher in diesem Rahmen oft nicht möglich.

V.2 Gruppe "Rooming in"
a) Beschreibung der Korrelationen

Inwieweit ist die Nachfrage nach "Rooming in" mit der tatsächlichen Mitaufnahme der Mutter gekoppelt? (siehe Tabelle 10 a + 10 b)

In NW berichteten die Kliniken ohne "Rooming in" über eine geringe Nachfrage; in den Kliniken, die nur ganz selten aufnehmen, wuchs die Nachfrage an, während in den Kliniken mit "Rooming in" eine bedeutend stärkere Nachfrage besteht. In der BR-Gruppe ergibt sich die gleiche Ergebnissituation.
Es ist also festzustellen: die Nachfrage nach "Rooming in" steigt mit der häufigeren Aufnahme von Müttern, werden viele Mütter mitaufgenommen, besteht auch große Nachfrage nach "Rooming in". Aufnahme und Nachfrage sind miteinander gekoppelt.

Ist "Rooming in" nötig bei bestehender täglicher Besuchszeit ? (siehe Tabelle 11 a + 11 b)

Die Auszählung ergab, daß in den Kliniken ohne "Rooming in" in NW 100 % der Antwortenden eine Mitaufnahme generell für unnötig hielten. Interessant ist die Tatsache, daß auch bei Kliniken mit seltenem "Rooming in" ebenso wie bei Kliniken mit häufigen "Rooming in" fast die Hälfte meint, daß eine tägliche Besuchszeit eigentlich genüge. Die gleiche Tendenz zeigte sich in der BR-Gruppe.

"Rooming in" und Einstellung des Arztes dazu (siehe Tabelle 12 a + 12 b)

Da bei dieser Umfrage meist die Klinikleiter interviewt wurden, wurde auch deren Einstellung bei dieser Frage erhoben. Als Ergebnis läßt sich festhalten, daß die Einstellung der Ärzte zur Problematik des "Rooming in" kaum abhängig davon ist, ob deren Klinik Mütter aufnimmt oder nicht. Generell läßt sich jedoch eine positive Tendenz von seiten der Ärzte gegenüber dem "Rooming in" erkennen.

Bringt "Rooming in" eine Entlastung der Schwester durch die Mutter ? (siehe dazu Tabelle 13 a + 13 b)

Sowohl in der Bundesrepublik als auch in Nordrhein-Westfalen waren in der "Rooming in"-Gruppe die meisten, die eine Entlastung der Schwester in der Pflege durch die Eltern sahen. Wichtig ist auch die Tatsache, daß auch in den Kliniken mit wenig oder keiner "Rooming in"-Praxis eine Entlastung der Schwester durch die Mutter vermutet wird.

Wie wird die Kooperation der Mütter in den jeweiligen Kliniken eingeschätzt? (siehe Tabelle 14 a + 14 b)

Die Kooperation der Mütter wird in Kliniken mit häufigem und seltenem "Rooming in" etwas höher eingeschätzt als in Kliniken ohne "Rooming in".

Einfluß des "Rooming in" auf die Klinikbelegung (siehe Tabelle 15 a + 15 b)

Sowohl in der Bundesrepublik als auch in Nordrhein-Westfalen klagten die Kliniken ohne jeglicher Mitaufnahme der Mutter über das stärkste Nachlassen der Bettenbelegung, gefolgt von den Krankenhäusern, die nur ganz selten aufnehmen. Kliniken mit "Rooming in" berichteten zum größten Prozentsatz über ein Gleichbleiben der Belegung und zum geringsten über ein Nachlassen.

b) Korrelationstabellen

Tab. 10 a - Korrelation zwischen Frage 31 und Frage 37 in Nordrhein-Westfalen

Können Mütter mit-aufgenommen werden (Rooming in)	Wie gross ist die Nachfrage der Mütter: sehr gross	mittelmässig	sehr wenig
ja n=35	8 23 %	18 51 %	9 26 %
nein n=10	1 10 %	2 20 %	7 70 %
nur ganz selten n=6	1 17 %	3 50 %	2 33 %

Tab. 10 b - Korrelation zwischen Frage 31 und Frage 37 in der restlichen Bundesrepublik

Können Mütter mit-aufgenommen werden (Rooming in)	Wie gross ist die Nachfrage der Mütter: sehr gross	mittelmässig	sehr wenig
ja n=34	4 12 %	15 44 %	15 44 %
nein n=8	1 12 %		7 88 %
nur ganz selten n=6	1 17 %	1 17 %	4 67 %

Tab. 11 a - Korrelation zwischen Frage 31 und Frage 45 in Nordrhein-Westfalen

Können Mütter mitaufgenommen werden (Rooming in)	Ist die Mitaufnahme nötig, wenn die Mütter ihr Kind täglich besuchen können		
	ja	nein	manchmal
ja n=38	6 16 %	19 50 %	13 34 %
nein n=6		6 100 %	
nur ganz selten n=7	2 29 %	3 43 %	2 29 %

Tab. 11 b - Korrelation zwischen Frage 31 und Frage 45 in der restlichen Bundesrepublik

Können Mütter mitaufgenommen werden (Rooming in)	Ist die Mitaufnahme nötig, wenn die Mütter ihr Kind täglich besuchen können		
	ja	nein	manchmal
ja n=36	5 14 %	12 33 %	19 52 %
nein n=8		7 88 %	1 12 %
nur ganz selten n=5		3 60 %	2 40 %

Tab. 12 a - Korrelation zwischen Frage 31 und Frage 53 in Nordrhein-Westfalen

Können Mütter mit-aufgenommen werden (Rooming in)	Wie steht der Arzt zu diesem Problem positiv	negativ
ja n=33	32 97 %	1 3 %
nein n=14	12 86 %	2 14 %
nur ganz selten n=7	5 71 %	2 29 %

Tab. 12 b - Korrelation zwischen Frage 31 und Frage 53 in der restlichen Bundesrepublik

Können Mütter mit-aufgenommen werden (Rooming in)	Wie steht der Arzt zu diesem Problem positiv	negativ	keine Äusserung
ja n=37	24 65 %	5 14 %	8 22 %
nein n=9	6 67 %		3 33 %
nur ganz selten n=5	3 60 %	1 20 %	1 20 %

Tab. 13 a - Korrelation zwischen Frage 31 und Frage 54 in Nordrhein-Westfalen

Können Mütter mit-aufgenommen werden (Rooming in)	Kann die Mutter die Schwester in der Pflege entlasten ja	nein	manchmal
ja n=40	27 68 %	1 3 %	12 30 %
nein n=16	8 50 %	2 13 %	6 38 %
nur ganz selten n=12	5 42 %	3 25%	4 33 %

Tab. 13 b - Korrelation zwischen Frage 31 und Frage 54 in der restlichen Bundesrepublik

Können Mütter mit-aufgenommen werden (Rooming in)	Kann die Mutter die Schwester in der Pflege entlasten ja	nein	manchmal
ja n=29	13 45 %	6 21 %	10 34 %
nein n=10	3 30 %	4 40 %	3 30 %
nur ganz selten n=6	1 17 %	1 17 %	4 67 %

Tab. 14 a - Korrelation zwischen Frage 31 und Frage 55 in Nordrhein-Westfalen

Können Mütter mit-aufgenommen werden (Rooming in)	Halten Sie die Mütter für kooperativ % 20-30%	40-50%	60-70%	80-90%
ja n=40	2 5 %	4 11 %	11 28 %	23 58 %
nein n=15	1 7 %	4 27 %	5 33 %	5 33 %
nur ganz selten n=12	1 8 %	1 8 %	4 34 %	6 50 %

Tab. 14 b - Korrelation zwischen Frage 31 und Frage 55 in der restlichen Bundesrepublik

Können Mütter mit-aufgenommen werden (Rooming in)	Halten Sie die Mütter für kooperativ % 20-30%	40-50%	60-70%	80-90%
ja n=38	2 5 %	6 16 %	8 22 %	22 58 %
nein n=8		1 13 %	3 38 %	4 51 %
nur ganz selten n=5	1 20 %	1 20 %		3 60 %

Tab. 15 a - Korrelation zwischen Frage 31 und Frage B 31 in Nordrhein-Westfalen

Können Mütter mit-aufgenommen werden (Rooming in)	Hat die Krankenhausbelegung nachgelassen oder zugenommen: nachgelassen	zugenommen	gleichgeblieben
ja n=38	19 50 %	10 26 %	9 24 %
nein n=15	9 60 %	5 33 %	1 7 %
nur ganz selten n=13	7 54 %	6 46 %	

Tab. 15 b - Korrelation zwischen Frage 31 und Frage B 31 in der restlichen Bundesrepublik

Können Mütter mit-aufgenommen werden (Rooming in)	Hat die Krankenhausbelegung nachgelassen oder zugenommen: nachgelassen	zugenommen	gleichgeblieben
ja n=41	24 59 %	8 20 %	9 22 %
nein n=10	8 80 %	1 10 %	1 10 %
nur ganz selten n=6	4 67 %	1 17 %	1 17 %

c) Diskussion

Für die Tatsache, daß in den Kliniken mit "Rooming in" auch die größte Nachfrage herrscht, mögen folgende Gründe maßgeblich sein:

1. In den "Rooming in"-Kliniken werden die Eltern zur Nachfrage ermuntert. Schließlich ist Nachfrage nicht nur ein einseitiger Prozeß, sondern sie kann durch das Gegenüber gesteuert werden. Umgekehrt raten natürlich Kliniken ohne "Rooming in" häufiger von der Mitaufnahme ab.

2. Es wurde "Rooming in" praktiziert, wenn auch tatsächlich eine starke Nachfrage besteht. Die Kliniken passen sich dem jeweiligen Trend an, um eine möglichst hohe Belegungszahl zu erreichen. Daß die Krankenhäuser immer mehr zu Wirtschaftsunternehmen werden, ist sicherlich ein wichtiger Grund für dieses schnelle Einlenken auf die vergrößerte Nachfrage.

3. Mütter, die bei ihren Kindern bleiben möchten, gehen von vorneherein nur zu den "Rooming in"-Kliniken, so daß folglich dort eine größere Nachfrage besteht.

Die Erwartung, daß die Kliniken ohne "Rooming in" auch glaubten, eine Mitaufnahme der Mütter sei unnötig, wenn die Mutter ihr Kind täglich besuchen kann, fand sich bei der Auszählung auch bestätigt, was auch gegen die Raumbegrenzung als Ursache des fehlenden "Rooming in" spricht. Allerdings meinte auch die Hälfte der Kliniken mit seltenem und häufigem "Rooming in", eine Mitaufnahme sei nicht nötig bei täglicher Besuchszeit.

Daß die Kliniken mit gelegentlichem "Rooming in" die Wichtigkeit der Mitaufnahme am höchsten einschätzten (NW 29 %) und nicht die Kliniken mit vollem "Rooming in"-Betrieb (NW 16 %), mag an den mangelnden Räumlichkeiten letztgenannter Kliniken liegen. Kliniken ohne "Rooming in" zeigen sich diesem Problem nur wenig oder überhaupt nicht aufgeschlossen. Man bedenke, daß nach Meinung vieler

Kliniker (z.B. Biermann (1979), Brain (1968) eine Mitaufnahme der Mutter in 10 % der Fälle erforderlich ist, vor allem bei solchen Kindern, die operiert werden sollen.
Von der Einstellung der Ärzte gegenüber dem"Rooming in" sollte man erwarten, daß je höher die Mitaufnahmequote ist, desto positiver die Ärzte zu dieser Problematik stehen. Für Nordrhein-Westfalen erfüllte sich die Erwartung annähernd, nicht aber für die BR, hier herrschte in allen drei Kategorien die gleiche positive Einstellung. Dies läßt sich vielleicht folgendermaßen erklären:
Ob Mütter mitaufgenommen werden oder nicht, ist primär abhängig von den räumlichen Möglichkeiten in der Klinik und von der Einstellung der Schwestern.

Als sehr erfreuliches Ergebnis ist zu werten, daß "Rooming in"-Kliniken die Mitaufnahme als größere Entlastung der Schwester empfinden und in Kliniken ohn "Rooming in" dies erwartet wird. Wenn man außerdem mit Tabelle 14 a + b vergleicht, ist interessant zu beobachten, daß in den Kliniken mit "Rooming in" die Mütter für sehr kooperativ gehalten werden. Da Tabelle 13 und 14 inhaltlich sehr eng miteinander verknüpft sind, erscheint dieses Ergebnis nicht verwunderlich und zeigt außerdem, daß diese Fragen wahrheitsgemäß beantwortet wurden.

Interessant auch, daß "Rooming in"-Kliniken bessere Bettenbelegungen haben, damit wäre "Rooming in" auch aus der Sicht der Krankenhäuser ein gutes Mittel, um mit der fallenden Bettenzahl fertig zu werden.

Die anderen Reformmaßnahmen (liberale BZ usw.) hatten in der Bundesrepublik anscheinend keinen Einfluß auf die Bettenbelegung, in NRW stieg die Belegungszahl vornehmlich in Kliniken mit unbeschränkter BZ.

V.3 Gruppe "Anwesenheit der Schwester bei der Aufnahme"

a) Beschreibung der Korrelationen

Zusammenhang zwischen Anwesenheit der Schwester bei der Aufnahme und Zurückstellung von Routineuntersuchungen (siehe Tabelle 16 a+ b)

Nordrhein-Westfalen: Es ergab sich, daß bei fast allen Krankenhäusern, die Routineuntersuchungen bis zur Eingewöhnung des Kindes zurückstellen, auch die Stationsschwester bei der Aufnahme anwesend ist. Bei denjenigen Häusern, die die Kinder ohne Anwesenheit der Schwester als spätere Bezugsperson aufnehmen, wird immerhin in mehr als der Hälfte der Fälle mit den Untersuchungen bis zur Eingewöhnung gewartet. Ähnlich das Ergebnis bei der Fallgruppe, die das Kind nach der Aufnahme von der Schwester abholen läßt, wobei der Prozentsatz derjenigen, die Routineuntersuchungen zurückstellen, noch etwas höher ist.
In der Bundesrepublik ergab sich folgendes: Die Kliniken, bei denen die Schwester anwesend ist, setzen im höheren Maße als die restlichen Gruppen die Untersuchung zurück. Doch noch ein höherer Prozentsatz stellt im Falle "Schwester nicht anwesend" die Routineuntersuchungen nicht zurück.

Aufklärungsschriften und Anwesenheit der Schwester bei der Aufnahme (siehe Tabelle 17 a + 17 b)

NW: Die meisten Aufklärungsschriften haben Kliniken, bei denen die Kinder von der Schwester abgeholt werden, die wenigsten diejenigen Kliniken, bei denen die Schwester nicht anwesend ist.

BR: Hier sind etwas mehr Aufklärungsschriften bei denjenigen vorhanden, wo die Schwester nicht anwesend ist, als in den Kliniken, wo das Kind abgeholt wird.

Mitaufnahme der Mutter korreliert mit "Anwesenheit der Schwester bei der Aufnahme" (siehe Tabelle 18 a + 18 b)

Es wurde erwartet, daß vielleicht in Kliniken mit "Rooming in" die Schwester häufiger bei der Aufnahme des Kindes anwesend ist. Aber es läßt sich kein solches Ergebnis an der prozentualen Verteilung ablesen.

Vorhandensein eines Spielzimmers und Aufnahme mit Schwester (siehe Tabelle 19 a + 19 b)

NW: Es zeichnet sich kein Trend in irgendeine Richtung ab.
BR: Relativ viele Spielzimmer in Kliniken, die mit Schwester aufnehmen.

b) Korrelationstabellen

Tab. 16 a - Korrelation zwischen Frage 62 und Frage 64 in Nordrhein-Westfalen

Ist die Schwester als spätere Bezugsperson anwesend (Schwester ist bei Aufnahme)	Werden Routineuntersuchungen bis zur Eingewöhnung zurückgestellt ja	nein
anwesend n=33	29 88 %	4 12 %
nicht wesend n=18	11 61 %	7 39 %
holt das Kind ab n=18	12 67 %	6 33 %

Tab. 16 b - Korrelation zwischen Frage 62 und Frage 64 in der restlichen Bundesrepublik

Ist die Schwester als spätere Bezugsperson anwesend (Schwester ist bei Aufnahme)	Werden Routineuntersuchungen bis zur Eingewöhnung zurückgestellt ja	nein
anwesend n=31	18 58 %	13 42 %
nicht anwesend n=15	4 27 %	11 73 %
holt das Kind ab n=11	3 27 %	8 73 %

Tab. 17 a - Korrelation zwischen Frage 62 und Frage 65 in Nordrhein-Westfalen

Ist die Schwester als spätere Bezugsperson anwesend (Schwester ist bei Aufnahme)	Gibt es Aufklärungsschriften ja	nein
anwesend n=33	16 48 %	17 52 %
nicht anwesend n=18	5 28 %	13 72 %
holt das Kind ab n=18	11 61 %	7 39 %

Tab. 17 b - Korrelation zwischen Frage 62 und Frage 65 in der restlichen Bundesrepublik

Ist die Schwester als spätere Bezugsperson anwesend (Schwester ist bei Aufnahme)	Gibt es Aufklärungsschriften ja	nein
anwesend n=31	20 64 %	11 35 %
nicht anwesend n=15	10 67 %	5 33 %
holt das Kind ab n=11	5 45 %	6 55 %

Tab. 18 a - Korrelation zwischen Frage 62 und Frage 31 in Nordrhein-Westfalen

Ist die Schwester als spätere Bezugsperson anwesend (Schwester ist bei Aufnahme)	Können Mütter mitaufgenommen werden ja	nein	nur in ganz besonderen Fällen
anwesend n=33	19 58 %	9 27 %	5 15 %
nicht anwesend n=18	10 55 %	5 28 %	3 17 %
holt das Kind ab n=18	11 61 %	2 11 %	5 28 %

Tab. 18 b - Korrelation zwischen Frage 62 und Frage 31 in der restlichen Bundesrepublik

Ist die Schwester als spätere Bezugsperson anwesend (Schwester ist bei Aufnahme)	Können Mütter mitaufgenommen werden ja	nein	nur in ganz besonderen Fällen
anwesend n=31	22 71 %	5 16 %	4 13 %
nicht anwesend n=15	11 73 %	2 13 %	2 13 %
holt das Kind ab n=11	8 73 %	3 27 %	

Tab. 19 a - Korrelation zwischen Frage 62 und Frage B 23 in Nordrhein-Westfalen

Ist die Schwester als spätere Bezugsperson anwesend (Schwester ist bei Aufnahme)	Spielzimmer auf jeder Station ja	nein	keine Äusserung
anwesend n=36	8 22 %	28 77 %	
nicht anwesend n=16	6 38 %	10 62 %	
holt das Kind ab n=15	3 20 %	12 80 %	

Tab. 19 b - Korrelation zwischen Frage 62 und Frage B 23 in der restlichen Bundesrepublik

Ist die Schwester als spätere Bezugsperson anwesend (Schwester ist bei Aufnahme)	Spielzimmer auf jeder Station ja	nein	keine Äusserung
anwesend n=31	20 64 %	9 29 %	2 6 %
nicht anwesend n=15	5 33 %	7 47 %	3 20 %
holt das Kind ab n=11	2 18 %	8 73 %	1 9 %

c) Diskussion

Wie erwartet kam folgendes Ergebnis zustande: diejenigen Kliniken, die Verständnis für das Eingewöhnungsproblem der Kinder haben, bitten die Schwester mit zur Aufnahme und warten vor den Untersuchungen konsequent die Eingewöhnung ab.
Es ist sicher so, daß eine Anwesenheit der Schwester bei der Aufnahme nur einen psychohygienischen Fortschritt darstellt, wenn gleichzeitig mit den Routineuntersuchungen gewartet wird. Wird in beiden Punkten nicht gleichermaßen Rücksicht genommen, so ist der Erfolg fraglich.

Die Korrelationen der anderen Fragen in diesem Teilabschnitt brachten keine verwertbaren Ergebnisse.

V.4 Gruppe "Bettenzahl"

a) Beschreibung der Korrelationen

Beziehung zwischen Bettenzahl und Besuchszeit (siehe Tabelle 20 a + 20 b)

Nordrhein-Westfalen: Es ergibt sich, daß alle drei Größenkategorien zum gleichen Prozentsatz die Besuchszeit sehr großzügig handhaben. Überwiegend strenge Regelungen findet man bei kleinen und großen Häusern. Die mittelgroßen Häuser sind am wenigsten streng in der Besuchszeithandhabung.
Bundesrepublik: Hier zeigt sich ganz deutlich, daß die großen Häuser auch die großzügigste Besuchszeit-Regelung haben (69 % 9 Std. od.mehr). Dann folgen die Mittelgroßen, die verglichen mit NW deutlich strenger sind.

Die kleinen Häuser sind in der Besuchszeit-Regelung auch am strengsten.

Bettenzahl und "Rooming in" (siehe Tabelle 21 a + 21 b)
In NW zeigte sich, daß in großen Häusern Mütter etwas weniger oft mitaufgenommen werden als in kleinen und mittelgroßen Häusern. Anders das Ergebnis in der BR: hier werden um so mehr Mütter mitaufgenommen, desto größer die Klinik ist.

Korrelation zwischen Größe der Klinik (Bettenzahl) und Vorhandensein von Aufklärungsschriften (siehe Tabelle 22 a + 22 b)
Die Unterschiede waren nicht relevant.

Bettenzahl und Stillzimmer (siehe Tabelle 23 a + 23 b)
Die Ergebnisse lassen keine klare Aussage zu.

Verhältnis Bettenzahl und Nachfrage nach Mitaufnahme (siehe Tabelle 24 a + 24 b)
In NW ist die Nachfrage nach Mitaufnahme bei den mittleren Häusern am größten, noch deutlicher ist das Ergebnis in der Bundesrepublik.

b) Korrelationstabellen

Tab. 20 a - Korrelation zwischen Frage 36-38 und Frage 5 in Nordrhein-Westfalen

Bettenzahl	Tägliche Besuchszeit		
	1-3 std	4-6 std	7-9 std
kleines Haus 0-80 Betten n=26	8 31 %	4 16 %	14 54 %
mittleres Haus 81-119 Betten n=22	5 23 %	4 19 %	13 60 %
grosses Haus mehr als 120 Betten n=20	7 35 %	2 10 %	11 55 %

Tab. 20 b - Korrelation zwischen Frage 36-38 und Frage 5 in der restlichen Bundesrepublik

Bettenzahl	Tägliche Besuchszeit		
	1-3 std	4-6 std	7-9 std
kleines Haus 0-80 Betten n=17	4 24 %	7 40 %	6 36 %
mittleres Haus 81-119 Betten n=17	4 24 %	5 30 %	8 47 %
grosses Haus mehr als 120 Betten n = 22	5 23 %	2 10 %	15 69 %

Tab. 21 a - Korrelation zwischen Frage 36-38 und Frage 31 in Nordrhein-Westfalen

Bettenzahl	Rooming in		
	ja	nein	nur in seltenen Fällen
kleines Haus 0-80 Betten n=25	15 60 %	7 28 %	3 12 %
mittleres Haus 81-119 Betten n=23	14 61 %	5 22 %	4 17 %
grosses Haus mehr als 120 n=21	11 52 %	4 19 %	6 29 %

Tab. 21 b - Korrelation zwischen Frage 36-38 und Frage 31 in der restlichen Bundesrepublik

Bettenzahl	Rooming in		
	ja	nein	nur in seltenen Fällen
kleines Haus 0-80 Betten n=19	11 58 %	4 21 %	4 21 %
mittleres Haus 81-119 Betten n=17	12 71 %	4 24 %	1 6 %
grosses Haus mehr als 120 n=22	18 82 %	2 9 %	2 9 %

Tab. 22 a - Korrelation zwischen Frage 36-38 und Frage 65 in Nordrhein-Westfalen

Bettenzahl	Aufklärungsschrift	
	ja	nein
kleines Haus 0-80 Betten n=25	13 52 %	12 48 %
mittleres Haus 81-119 Betten n=22	10 45 %	12 55 %
grosses Haus mehr als 120 n=22	9 41 %	13 59 %

Tab. 22 b - Korrelation zwischen Frage 36-38 und Frage 65 in der restlichen Bundesrepublik

Bettenzahl	Aufklärungsschrift	
	ja	nein
kleines Haus 0-80 Betten n=19	11 58 %	8 42 %
mjttleres Haus 81-119 Betten n=16	11 69 %	5 31 %
grosses Haus mehr als 120 n=21	12 57 %	9 43 %

Tab. 23 a - Korrelation zwischen Frage 36-38 und Frage 77 in Nordrhein-Westfalen

Bettenzahl	Stillzimmer		
	ja	nein	keine Äusserung
kleines Haus 0-80 Betten n=26	14 54 %	11 42 %	1 4 %
mittleres Haus 81-119 Betten n=20	15 75 %	5 25 %	
grosses Haus mehr als 120 n=21	12 57 %	5 24 %	4 3 %

Tab. 23 b - Korrelation zwischen Frage 36-38 und Frage 77 in der restlichen Bundesrepublik

Bettenzahl	Stillzimmer		
	ja	nein	keine Äusserung
kleines Haus 0-80 Betten n=19	6 32 %	11 58 %	2 10 %
mittleres Haus 81-119 Betten n=16	4 25 %	11 69 %	1 6 %

Tab. 24 a - Korrelation zwischen Frage 36-38 und Frage 37 in Nordrhein-Westfalen

Bettenzahl	Nachfrage nach Mitaufnahme			
	sehr gross	mittel-mässig	sehr wenig	keine Äuss.
kleines Haus 0-80 Betten n=26	1 4 %	13 50 %	9 35 %	3 12 %
mittleres Haus 81-119 Betten n=22.	6 27 %	5 23 %	4 18 %	7 32 %
grosses Haus mehr als 120 n=21	3 14 %	5 23 %	4 19 %	9 43 %

Tab. 24 b - Korrelation zwischen Frage 36-38 und Frage 37 in der restlichen Bundesrepublik

Bettenzahl	Nachfrage nach Mitaufnahme			
	sehr gross	mittel mässig	sehr wenig	keine Äuss.
kleines Haus 0-80 Betten n=19	1 5 %	4 21 %	12 63 %	2 11 %
mittleres Haus 81-119 Betten n=17	2 12 %	8 47 %	6 35 %	1 6 %
grosses Haus mehr als 120 n=20		5 25 %	8 40 %	7 35 %

c) Diskussion

Bei der Korrelation Größe - Besuchszeit wurde ein Ergebnis erwartet, wie es in der BR-Gruppe gefunden wurde, nämlich, daß die großen Kliniken in der BZ-Regelung am großzügigsten sind. In NW ist die Dauer der BZ sehr homogen verteilt, die tägliche BZ hängt nicht von der Größe der Klinik ab. Dies hat vielleicht den Vorteil, daß jedes kranke Kind, relativ unabhängig vom Wohnort, die Chance hat, in ein Haus mit großzügiger Besuchszeit zu kommen.
Die Mitaufnahme der Mütter ist nicht abhängig von der Größe der Klinik. Die Tatsache, daß die Nachfrage nach "Rooming in" bei den mittleren Häusern am größten ist, liegt vielleicht daran, daß dort die Ärzte das beste Vertrauensverhältnis zu den Eltern haben und deshalb die Eltern öfter den Wunsch nach Mitaufnahme äußern.

Biermann beobachtet auch mehrfach, daß bei einem Chefarztwechsel auch ein Wechsel in Der "Rooming in"-Regelung eintrat.

VI Zusammenfassung

Ziel der Befragung von 69 Kinderkliniken in Nordrhein-Westfalen und 61 Kinderkliniken in der Bundesrepublik war, eine Bestandsaufnahme der Situation der Kinder im Krankenhaus aus psychohygienischer Sicht zu geben, sowie den Umfang und die Wirkung von bisher eingeleiteten Reformen zur Vermeidung psychischer Schäden zu untersuchen.

Es wurde der Besuchszeit (BZ)-Regelung besondere Beobachtung geschenkt, da sie einen eminent wichtigen Faktor für die psychische Stabilität des Kindes bei einem Krankenhausaufenthalt darstellt.

So wurde mittlerweile an allen Kliniken die tägliche Besuchszeit praktiziert, in 28 von 69 Kliniken in Nordrhein-Westfalen und in 25 von 61 Kliniken in der Bundesrepublik war die Besuchszeit unbeschränkt. Mit der Lockerung der BZ wurden gute Erfahrungen gemacht, es wurde besonders von einer Verringerung des Abschiedsschmerzes 36 (13) - im Folgenden bedeutet die erste Zahl Kliniken in Nordrhein-Westfalen, die Zahl in Klammern die Kliniken der restlichen Bundesländer - berichtet.

Dagegen schien die Raumnot 52 (47) immer noch ein großes Problem für eine liberale Regelung der Besuchszeit zu sein. So verfügte nur etwa ein Zehntel der Kliniken über spezialle Besucherräume.

Nach Meinung der Befragten konnten Infektionen durch strenge BZ-Regelung nicht vermindert werden, obwohl die Infektionsgefahr oftmals als Argument gegen die Lockerung der BZ verwandt wurde. Ferner zeigte sich, daß die Lockerung der BZ weder eine Mehrbelastung der Schwestern 37 (18), noch eine Störung der ärztlichen Arbeit 47 (42) mit sich brachte.

In einem kleineren Teil der Kliniken 20 (15) mußte die Besuchszeit als zu kurz (1-3 std) bezeichnet werden.

Oftmals wurden Eltern an der Pflege der Frühgeborenen beteiligt 45 (50), grundsätzlich gegen diese Regelung sprach sich nur ein kleiner Teil 15 (6) der Kli-

niken aus. Auch kamen immer mehr Mütter zum Stillen
59 (58) in die Klinik. Eine Behebung der Raumprobleme
37 (28) z.B. durch Stillzimmer ist unbedingt erforderlich.

Ungefähr 80 % der Kinderkliniken nehmen Mütter mit auf (Rooming in), mancherorts nur in ganz besonderen Fällen (ca. 20 % der Kliniken, welche Rooming in anboten).

Die Kostenfrage des "Rooming in" war immer noch nicht ganz geklärt, da es eine ärztliche Ermessensfrage ist, zu entscheiden, ob die Mitaufnahme aus medizinischen Gründen notwendig ist.

Als schwierig muß die Beziehung Mutter- Krankenschwester angesehen werden, da sich in Krankenhäusern mit großzügiger BZ-Regelung die Schwestern öfters (bis zu 80 %) in ihrer pflegerischen Arbeit durch die Anwesenheit der Mütter gestört fühlten. Allerdings wurden die Schwestern in den Kliniken, die schon Erfahrungen mit dem "Rooming in " hatten, viel besser (bis zu 70 % pos. Äußerungen) mit der ständigen Anwesenheit der Mutter fertig.

Dagegen stellte sich bei der Einschätzung des "Rooming in" seitens der Ärzte eine positive Tendenz heraus, wobei ihre Einstellung unabhängig davon war, ob in dieser Klinik Mütter mitaufgenommen wurden oder nicht. Kliniken ohne "Rooming in" klagten zu 20 % mehr über einen Abfall der Bettenbelegung.

Es wurde auch nach der Situation schwerkranker Kinder gefragt; hier war die ständige Anwesenheit der Eltern bereits selbstverständlich. Außerdem fand sich eine Tendenz zur Unterbringung schwerkranker Kinder "vor Ort", wobei die Therapiepläne von einem Zentrum gesteuert werden. Eine psychotherapeutische Betreuung wurde in diesem Bereich für dringend gehalten, aber de facto selten 14 (34) durchgeführt.

Heilpädagogen 7 (7), Psychologen 19 (30) und Lehrer 34 (31) gab es an zu wenigen Kliniken.

Eine vermehrte Einrichtung solcher Stellen erscheint dringlich. Auch forderten 38 (29) Kliniken Abteilungen für Jugendliche.

Es bleibt zu hoffen, daß die hier von den Kliniken geschilderten positiven Erfahrungen mit der gelockerten Besuchszeit zu einer völligen Liberalisierung der BZ führen werden und zusammen mit der festen Institutionalisierung des "Rooming in" auch baulich ihren Ausdruck finden werden. Es sollte zum Wohl des Kindes eine relativ kurze Verweildauer angestrebt werden, die wohl über eine Intensivierung von Diagnostik und Therapie zu vermehrten Anforderungen an Ärzte und Schwestern führt. An jeder Klinik mit mehr als 80 Betten sollte eine Heilpädagogin für kranke Kinder (Child Life Worker nach Emma Plank, bzw. Observatrice nach Veeneklaas) angestellt werden.

VII Literaturverzeichnis

Biermann, G.	(1965)	‚Kind und Krankenhaus Praxis Kinderpsychol. 14, 282
-	(1969)	Kindeszüchtigung und Kindesmißhandlung München-Basel (Reinhardt
-	(1978)	Mutter und Kind im Krankenhaus München-Basel (Reinhardt)
-	(1979)	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett aus psychohygienischer Sicht. Der praktische Arzt 15, 4243 u. 4409
-	(1979)	persönl. Mitteilung
Bowlby, J.	(1972)	Mutterliebe und kindliche Entwicklung München-Basel (Reinhardt)
-	(1975)	Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung München (Kindler)
Brain, D., Mac Lay, J.	(1968)	Controlled study of mothers and children in hospital Brit. Med. J. 1, 278
Folkers, I.	(1978)	Elternarbeit für kranke Kinder in: Biermann, G. (hgb.): Mutter und Kind im Krankenhaus München-Basel (Reinhardt)
Freud, A.	(1969)	Die Rolle der körperlichen Krankheit im Seelenleben des Kindes in: Biermann, G. (Hgb.): Handbuch der Kinderpsychotherapie Bd.II,827 4/1976 München-Basel (Reinhardt)
Haffter, C.	(1970)	Mütter in Gefangenschaft Acta paedopsychiatrica 37, 1
Jackson, E.	(1948)	A Hospital rooming-in unit für Newborn and their mother Pediatr. 28

Keuth, U.	(1978)	Das Kind im Krankenhaus aus der Sicht des Klinikers. In Biermann, G. (Hgb.): Mutter und Kind im Krankenhaus München-Basel (Reinhardt)
Klaus, M. u. Kennell, J.	(1974)	Auswirkungen früher Kontakte zw. Mutter u. Neugeborenem auf die spätere Mutter-Kind-Beziehung in: Biermann, G. (Hgb.): Jahrbuch der Psychohygiene 2. Bd. München-Basel (Reinhardt)
Larbig, W.	(1973)	Tägliche Besuchszeit und Mutter-Kind-Einheit (rooming-in) im Kinderkrankenhaus in: Biermann, G. (Hgb.): Jahrbuch der Psychohygiene I. Band 33 München-Basel (Reinhardt)
Lüpke, H. von	(1978)	Die Rolle der Eltern des Frühgeborenen in: Biermann, G. (Hgb.): Mutter und Kind im Krankenhaus
Micić, Z.	(1963)	persönl. Mitteilung an Prof. Biermann
Mühlendahl, K.E., Trappe, H. Silomon, H.	(1983)	Wer bezahlt die Mitaufnahme von Eltern stationär behandelter Kinder? in: Deutsches Ärzteblatt, 80. Jahrgang Heft 8 vom 25. Febr. '83, 39
Müller, H.	(1977)	Suizidalität und Suizidprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen Diagnostik 10, 821
Nef, P.	(1973)	Erfahrungen mit der täglichen Besuchszeit für Eltern an einem schweizerischen Kinderspital in: Biermann, G. (Hgb.): Jahrbuch der Psychohygiene 1. Bd., 28 München-Basel (Reinhardt)

Neuhaus, N. (1978) Aufgaben der außerschulischen Heilpädagogen in der Kinderklinik
in: Biermann, G. (Hgb.): Mutter und Kind im Krankenhaus
München-Basel (Reinhardt)

Nissen, G. (1975) Suizid und Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen
Kinderarzt 6, 131 u. 269

Pache, H.D. (1974) Erprobung der Mitaufnahme von Müttern im Kinderkrankenhaus.
Monatsschr. Kinderheilk. 122, 546

- (1978) Die Erhaltung des Eltern-Kind-Kontaktes beim hospitalisierten Kind -
10 Jahre Erfahrungsbericht eines Mutter-Kind-Krankenhauses
in: Biermann, G. (Hgb.): Mutter und Kind im Krankenhaus

Plank, E. (1973) Hilfen für Kinder im Krankenhaus
München-Basel (Reinhardt)

- (1978) Child life worker. Ein neuer Berufszweig
in: Biermann, G. (Hgb.): Mutter und Kind im Krankenhaus
München-Basel (Reinhardt)

Robertson,J. (1974) Kinder im Krankenhaus
München-Basel (Reinhardt)

Robertson, James, Robertson, Joyce (1976) Eine "Ersatzmutter" für das kleine Kind im Krankenhaus
in: Biermann, G. (Hgb.): Handbuch der Kinderpsychotherapie, Ergänzungsband
München-Basel (Reinhardt)

Steffen, H. (1979) Psychosomatik in der Kinderheilkunde
in Psychologie des 20. Jahrhunderts
in: Hahn (Hgb.) Ergebnisse der Medizin (1) Bd. IX, 705
Zürich, Kindler

Troschke, J.v.	(1973)	Furcht und Angst bei Kindern im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung an 40 schieloperierten Kindern. In: Biermann, G. (Hgb.): Jahrbuch der Psychohygiene, 1. Bd., 61 München-Basel (Reinhardt)
Trube-Becker, E.	(1975)	Körperliche Vernachlässigung des Kleinkindes mit Todesfolge Med.Klinik 70, 417
Veeneklaas, G.M.H., Gobee, J.I.A. Kloot-Meijburg, W.J. van der	(1975)	Kind im Krankenhaus. Psychosoziale Betreuung am Krankenbett Stuttgart (Thieme)
Winnicott, D.W.	(1958)	Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse München (Kindler)

VIII.1 Tabellarische Darstellung der Umfrageergebnisse

Die Situation von Eltern und Kind im Krankenhaus

Ergebnisse des Interviews 1979
in Nordrhein-Westfalen
und Bundesrepublik Deutschland

I. Besuchszeit (BZ) :

Frage 3 Jetzige Regelung	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
unbeschränkt bzw. über 9 std.	28 41 %	25 41 %
beschränkt bzw.unter 9 std.	40 58 %	36 59 %
keine Äusserung	1 1 %	

Frage 4 Seit wann besteht diese BZ	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
seit 1971	3 4 %	2 3 %
seit 1972		2 3 %
seit 1973	1 1 %	3 5 %
seit 1974	4 6 %	3 5 %
seit 1975	1 1 %	10 16 %
seit 1976	9 13 %	8 13 %
seit 1977	20 29 %	15 25 %
seit 1978	15 22 %	5 8 %
seit 1979	12 17 %	6 10 %

keine Äusserung	9 13 %	7 11 %

Frage 5
Wieviel Stunden täglich

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
1 Stunde	9 13 %	5 8 %
2 Stunden	7 10 %	3 5 %
3 Stunden	4 6 %	7 11 %
4 Stunden	5 7 %	6 10 %
5 Stunden	3 4 %	6 10 %
6 Stunden	3 4 %	2 3 %
7 Stunden	5 7 %	
8 Stunden	6 9 %	1 2 %
9 Stunden u. mehr	9 13 %	23 38 %
keine Äusserung	18 26 %	8 13 %

Frage 7
Vermehrte Infektionen

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	29 42 %	6 10 %
nein	36 52 %	50 82 %
keine Äusserung	4 6 %	5 8 %

Frage 8
Belastung der Schwester

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	28 41 %	39 64 %
nein	30 43 %	13 21 %
kein Unterschied	7 10 %	5 8 %
keine Äusserung	4 6 %	4 7 %

Frage 9
Behinderung der ärztl. Aufgaben

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	18 26 %	15 25 %
nein	44 64 %	32 52 %
unentschieden	3 4 %	10 16 %
keine Äusserung	4 6 %	4 7 %

Frage 10
Abschiedsschmerz der Kinder nach der BZ, wenn sich Mütter heimlich entfernen

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	30 43 %	40 66 %
nein	10 14 %	8 13 %
weniger geworden	26 38 %	5 8 %
keine Äusserung	3 4 %	8 13 %

Frage 11
Mütter stecken Kindern heimlich Esswaren zu

	NRW n=69	NRD (ausser NRW) n=61
ja	60 87 %	43 70 %

nein		1 2 %
selten	6 9 %	14 23 %
keine Äusserung	3 4 %	3 5 %

Frage 14
Wieviele Mütter nehmen die tägliche BZ wahr

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
20 Prozent	1 1 %	1 2 %
30 Prozent	2 3 %	6 10 %
40 Prozent	4 6 %	1 2 %
50 Prozent	18 26 %	8 13 %
60 Prozent	5 7 %	10 16 %
70 Prozent	13 19 %	14 23 %
80 Prozent	15 22 %	10 16 %
90 Prozent	4 6 %	3 5 %
keine Äusserung	7 10 %	8 13 %

Frage 16
Liegen in der Klinik Sozialwaisen

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja öfter	45 65 %	30 49 %
nein selten	4 6 %	19 31 %
keine Äusserung	20 29 %	12 20 %

Frage 17
Unterschiedliche BZ für Eltern und andere Besucher

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	40 58 %	22 37 %
nein	28 41 %	36 59 %
keine Äusserung	1 1 %	3 5 %

Frage 18
Werden z.B. Besucherkarten ausgegeben, bei Bevorzugung der nächsten Bezugsperson

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	9 13 %	3 5 %
nein	58 83 %	55 91 %
keine Äusserung	2 3 %	3 5 %

Frage 20
Wird ein Fehlverhalten der Besucher beobachtet

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
überhaupt nicht	4 6 %	8 13 %
bei Eltern	25 37 %	4 7 %
bei anderen Besuchern	2 3 %	5 8 %
bei Gastarbeitern	2 3 %	8 13 %
ja, ganz allgemein	35 51 %	23 38 %
keine Äusserung	1 1 %	13 21 %

Frage 21
Besuch auf den Infektionsabteilungen

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
grundsätzlich möglich	44 64 %	47 77 %
nicht möglich	3 4 %	
abh. von Art der Infektion	12 17 %	3 5 %
freizügiger als auf der Station	4 6 %	2 3 %
keine Äusserung	6 9 %	13 21 %

Frage 22
BZ für Berufstätige

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
müssen sich an BZ halten	21 30 %	14 23 %
es werden Ausnahmen gemacht	46 66 %	45 73 %
keine Äusserung	2 3 %	2 3 %

Frage 24
Besondere Besucherzimmer

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	6 9 %	5 8 %
nein	63 91 %	56 92 %

Frage 23
BZ-Probleme durch zu kleine Zimmer

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	52 75 %	47 77 %
nein	14 20 %	10 16 %
keine Äusserung	3 4 %	4 7 %

Frage 25
Spaziergangsmöglichkeiten für Besucher und Patienten (im Garten)

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	61 88 %	53 88 %
nein	7 10 %	5 8 %
keine Äusserung	1 1 %	3 5 %

Frage 26
Scheibenbesuche vom Gang aus

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	33 48 %	16 26 %
nein	28 41 %	40 66 %
verschieden auf den Stationen	8 12 %	4 7 %

Frage 27
Gibt es Besucherbalkons

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	22 32 %	14 23 %
nein	37 54 %	44 72 %
verschieden auf den Stationen	10 14 %	3 5 %

Frage 28
Wird eine Mittagsruhe der Kinder eingehalten

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	36 52 %	50 82 %
nein	1 1 %	1 2 %
unregelmässig	16 23 %	6 10 %
keine Äusserung	16 23 %	4 7 %

Frage 29
Wird die Anwesenheit der Eltern bei der Visite als störend empfunden

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	32 46 %	30 49 %
nein	24 35 %	20 32 %
manchmal	13 19 %	8 13 %

Frage 30
Feste Elternsprechzeiten

	NRW 0=69	BRD (ausser NRW) 0=61
ja	32 46 %	30 49 %
nein	26 38 %	22 37 %
keine Äusserung	11 16 %	9 15 %

II. Mitaufnahme der Mutter (rooming in):

Frage 31
Können Mütter mitaufgenommen werden

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	40 58 %	42 68 %
nein	16 23 %	9 15 %
nur in ganz seltenen Fällen	13 19 %	9 15 %

Frage 32
Wieviele Zimmer, bzw. Betten stehen hierfür zur Verfügung

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
1 Bett	7 10 %	1 2 %
2 Betten	8 12 %	5 8 %
3 Betten	9 13 %	6 10 %
4 Betten	2 3 %	12 20 %
5 Betten	3 4 %	1 2 %
6 Betten	1 1 %	1 2 %

7 Betten	1 1 %	1 2 %
8 Betten	1 1 %	
9 Betten oder mehr	1 1 %	9 15 %
keine Äusserung	36 52 %	25 41 %

Frage 33
Rooming in durch bauliche Veränderungen erreicht, bzw. geplant

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja erreicht	8 12 %	11 18 %
nein	34 49 %	23 38 %
ja geplant	17 24 %	7 11 %
keine Äusserung	10 14 %	20 32 %

Frage 34
Rooming in durch Umorganisation

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	31 44 %	26 43 %
nein	21 30 %	13 21 %
keine Äusserung	17 25 %	22 36 %

Frage 35
Bestehen abgetrennte Mutter-Kind-Einheiten

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	17 25 %	18 30 %
nein	31 45 %	28 46 %
keine Äusserung	21 30 %	15 25 %

Frage 36
Sind die jetzigen Einrichtungen hierfür ausreichend (Angebot und Nachfrage)

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	26 38 %	27 44 %
nein	18 26 %	21 34 %
unentschieden	2 3 %	1 2 %
keine Äusserung	23 33 %	12 20 %

Frage 37
Wie gross ist die Nachfrage nach Mitaufnahme der Mütter

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
sehr gross	10 14 %	2 3 %
mittel-mässig	23 33 %	15 25 %
sehr wenig	17 25 %	34 56 %
keine Äusserung	19 27 %	10 16 %

Frage 39
Ist die Nachfrage von der Bevölkerungsschicht abhängig

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
Oberschicht	22 32 %	20 33 %
Mittelschicht	11 16 %	15 25 %
Unterschicht	3 4 %	3 5 %
nein	6 9 %	10 16 %
Oberschicht + Mittelschicht	7 10 %	4 7 %
keine Äusserung	20 29 %	9 15 %

Frage 40
Wieviele Mütter wurden gleichzeitig mitaufgenommen

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
1 Mutter	5 7 %	4 7 %
2 Mütter	12 17 %	6 10 %
3 Mütter	5 7 %	7 11 %
4 Mütter	6 9 %	3 5 %
5 Mütter	5 7 %	5 8 %
6 Mütter	1 1 %	4 7 %
7 Mütter	1 1 %	
8 Mütter	1 1 %	
9 Mütter oder mehr	1 1 %	5 8%
keine Äusserung	32 46 %	27 44 %

Frage 41
Aufenthaltsräume für Mütter

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	2 3 %	7 11 %
nein	44 64 %	43 62 %
keine Äusserung	23 33 %	11 18 %

Frage 42
Besondere Schlafgelegenheiten (z.B. im Schwesternhaus)

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	6 9 %	15 22 %

nein	36 52 %	38 62 %
keine Äusserung	27 39 %	8 13 %

Frage 43
Elternpavillons im Klinikgelände

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	5 7 %	1 2 %
nein	44 64 %	47 77 %
keine Äusserung	20 29 %	13 21 %

Frage 44
Werden Mütter in benachbarten Pensionen untergebracht

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	9 13 %	10 16 %
nein	36 52 %	39 64 %
keine Äusserung	24 35 %	12 20 %

Frage 45
Ist die Mitaufnahme der Mütter nötig, wenn sie ihr Kind täglich besuchen können

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	8 12 %	5 8 %
nein	28 41 %	19 31 %
manchmal	15 22 %	22 36 %
keine Äusserung	18 26 %	15 25 %

Frage 46
Genügt eine Mitaufnahme der Mütter in den ersten Tagen, bei tägl. BZ

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	45 65 %	30 49 %
nein	2 3 %	2 3 %
manchmal	3 4 %	13 21 %
keine Äusserung	19 27 %	16 26 %

Frage 47
Geschieht die Aufnahme der Mutter mit Wissen der Verwaltung

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	38 55 %	45 74 %
nein	4 6 %	1 2 %
keine Äusserung	27 39 %	15 25 %

Frage 48
Kosten der Mitaufnahme der Mutter

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
keine	9 13 %	9 15 %
ca. 10 DM	6 9 %	12 20 %
ca. 30 DM	7 10 %	15 25 %
ca. 60 DM	17 25 %	7 11 %
ca. 100 DM	8 12 %	2 3 %
ca. 150 DM	2 3 %	2 3 %
keine Äusserung	20 29 %	14 23 %

Frage 49
Wer trägt die Kosten

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
Eltern	41 59 %	33 54 %
niemand	6 9 %	2 3 %
Krankenhaus		7 11 %
keine Äusserung	22 32 %	19 31 %

Frage 51
Wie werden die Schwester mit der ständigen Anwesenheit von Müttern fertig

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
gut	30 43 %	38 62 %
unter-schiedlich	27 39 %	12 20 %
schlecht	11 16 %	2 3 %
keine Äusserung	1 1 %	9 15 %

Frage 52
Empfinden Sie diesen Kontakt mit den Müttern als

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
belastend	10 14 %	7 11 %
bereichernd	44 64 %	22 36 %
unentschieden	11 16 %	27 44 %
keine Äusserung	4 6 %	5 8 %

Frage 53
Wie steht der Arzt zu diesen Problemen

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
positiv	50 72 %	36 59 %
negativ	5 7 %	3 5 %
keine Äusserung	14 20 %	22 36 %

Frage 54
Kann die Mutter die Schwester in der Pflege des Kindes entlasten (als Hilfsschwester)

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	41 59 %	29 47 %
nein	6 9 %	5 8 %
manchmal	22 32 %	22 36 %
keine Äusserung		5 8 %

Frage 55
Wieviel Mütter sind kooperativ

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
20 Prozent		3 5 %
30 Prozent	4 6 %	2 3 %
40 Prozent	1 1 %	1 2 %
50 Prozent	4 6 %	9 15 %
60 Prozent	1 1 %	4 7 %
70 Prozent	15 22 %	10 16 %
80 Prozent	25 36 %	16 26 %

90 Prozent	7 10 %	10 16 %
keine Äusserung	12 17 %	1 2 %

Frage 56
Wieviel Mütter sind schwierig

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
viele	6 9 %	11 18 %
keine	2 3 %	1 2 %
kommt selten vor	61 88 %	44 72 %
keine Äusserung		5 8 %

Frage 57
Muss deshalb die BZ von Fall zu Fall eingeschränkt bzw. verboten werden

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	30 43 %	19 31 %
nein	36 52 %	37 61 %
keine Äusserung	3 4 %	5 8 %

Frage 58
Hat sich die Einstellung der Schwestern bzw. Ärzte seit der Reform geändert

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	57 83 %	46 75 %
nein	2 3 %	11 18 %
keine Äusserung	10 14 %	4 7 %

Frage 59
Ist dies ein Generationsproblem

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	36 52 %	23 38 %
nein	26 38 %	32 52 %
keine Äusserung	7 10 %	6 10 %

Frage 60
Entstehen durch die ständige Anwesenheit der Mütter Haftpflichtprobleme

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	8 12 %	7 11 %
nein	34 49 %	23 38 %
unklare Situation	15 22 %	22 36 %
keine Äusserung	12 17 %	9 15 %

III. Aufnahme des Kindes

Frage 61
Ist die Mutter anwesend

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	68 99 %	59 97 %
nein	1 1 %	1 2 %
keine		1 2 %

Frage 62
Ist die Schwester von der Station als spätere Bezugsperson des Kindes anwesend

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	32 46 %	40 66 %
nein	18 26 %	10 16 %
holt das Kind ab	18 26 %	5 8 %
keine Äusserung	1 1 %	6 10 %

Frage 63
Kann die Mutter bis zum Schlafengehen des Kindes bei ihm bleiben

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	66 96 %	48 79 %
nein	3 4 %	11 18 %
keine Äusserung		2 3 %

Frage 64
Werden bei empfindsamen Kindern die Routineuntersuchungen (Labor) bis zur Eingewöhnung zurückgestellt

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	52 75 %	31 51 %
nein	17 25 %	25 41 %
keine Äusserung		5 8 %

Frage 65
Hat die Klinik eine psychologische Aufklärungsschrift zur Unterrichtung der Eltern

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	32 46 %	36 59 %
nein	17 25 %	23 38 %
keine Äusserung		2 3 %

Frage 66
Wurde das Kind von den Eltern auf den Krankenhaus-aufenthalt vorbereitet

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	27 39 %	16 26 %
nein	19 27 %	7 11 %
unterschiedlich	21 30	33 54 %
keine Äusserung	2 3 %	5 8 %

Frage 67
Eventuell mit einem Besuch in der Klinik

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	27 39 %	8 13 %
nein	19 27 %	25 41 %
nur in ganz besonderen Fällen	15 22 %	21 34 %
keine Äusserung	22 32 %	7 11 %

Frage 68
Benutzen Sie die Aufklärungsschrift des Aktionskomitees "Kind im Krankenhaus"

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	13 19 %	19 31 %
nein	55 80 %	38 62 %
keine Äusserung	1 1 %	4 7 %

Frage 69
Erhalten Sie Rückmeldung von ehemaligen Patienten

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	44 64 %	19 31 %
nein	2 3 %	6 10 %
manchmal	21 30 %	19 31 %
keine Äusserung	2 3 %	17 28 %

IV. Säuglings- / Intensivstation

Frage 71
Werden Eltern auch zu den Frühgeborenen gelassen ("Offenbacher Modell")

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	45 65 %	50 82 %
nein	15 22 %	6 10 %
nur in besonderen Fällen	4 6 %	2 3 %
keine Äusserung	5 7 %	3 5 %

Frage 72
Vorteile, Nachteile

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
mehr Vorteile	36 52 %	32 52 %
mehr Nachteile	2 3 %	3 5 %
unentschieden	1 1 %	7 11 %
keine Äusserung	30 43 %	19 31 %

Frage 73
z.B. Infektionen

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	1 1 %	3 5 %
nein	46 67 %	35 57 %
keine Äusserung	22 32 %	23 38 %

Frage 74
Werden Mütter an der Pflege beteiligt

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	52 75 %	40 66 %

nein	11 16 %	6 10 %
keine Äusserung	6 9 %	15 25 %

Frage 75
Auch direkt am Brutkasten

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	40 58 %	30 49 %
nein	24 35 %	22 36 %
keine Äusserung	5 7 %	9 15 %

Frage 76
Können Mütter zum Stillen kommen

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	59 86 %	58 95 %
nein	9 13 %	2 3 %
keine Äusserung	1 1 %	1 2 %

Frage 77

Besondere Stillzimmer	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	26 38 %	22 36 %
nein	37 54 %	28 46 %
keine Äusserung	6 9 %	11 18 %

Frage 78
Werden die Mütter auf die Entlassung ihrer Kleinkinder vorbereitet

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	66 96 %	59 97 %
nein	1 1 %	1 2 %
keine Äusserung	2 3 %	1 2 %

V. Schwerkranke Kinder (Leukämie, Tumoren, Dialyse u.a.)

Frage B 3 Unbeschränkte BZ	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	39 56 %	50 82 %
nein		1 2 %
werden hier nicht be- handelt o. keine Äusserung	30 43 %	10 16 %

Frage B 4 mit Übernachtungsmöglichkeit	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	39 56 %	45 74 %
nein	1 1 %	4 7 %
werden hier nicht behan- delt o. keine Äusserung	29 42 %	12 20 %

Frage B 5 Individuelle Regelung	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	39 56 %	45 74 %
nein		2 3 %
werden hier nicht behan- delt o. keine Äusserung	30 43 %	14 23 %

Frage B 6 Besuchseinschränkung bei aggressiver Therapie	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	7 10 %	4 7 %
nein	34 % 49 %	30 49 %
werden hier nicht behan- delt o. keine Äusserung	28 41 %	27 44 %

Frage B 7
Tumorspezialist in der Klinik mit besonderer Abteilung

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	20 29 %	12 20 %
nein	27 39 %	23 38 %
mit Abteilung	3 4 %	8 13 %
keine Äusserung	19 28 %	18 29 %

Frage 8 B
Wie stehen Sie zur Idee einer Spezialklinik für Turmorkinder

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
positiv	7 10 %	2 3 %
negativ	38 55 %	8 13 %
keine Äusserung	24 35 %	51 84 %

Frage B 9
Überforderung der Schwestern auf Tumorstationen

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	50 72 %	8 13 %
nein	1 1 %	10 16 %
keine Äusserung	18 26 %	43 70 %

Frage B 10
Werden Tumorkinder bewusst unter die "gesunden" Kinder gelegt

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	50 72 %	28 46 %
nein	1 1 %	6 10 %
keine Äusserung	18 26 %	27 44 %

Frage B 11
Besteht die Tendenz, Tumorkinder zu Hause zu behandeln und nur kurzfristig zur intensiven Therapie aufzunehmen

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	50 72 %	42 69 %
nein		1 2 %
keine Äusserung	19 27 %	18 29 %

Frage B 12
Psychologische Betreuung der Tumorkinder

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	21 30 %	43 70 %
nein	16 23 %	5 8 %
keine Äusserung	32 46 %	13 21 %

Frage B 13
Ihrer Eltern

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	14 20 %	34 56 %
nein	15 22 %	5 8 %
keine Äusserung	40 58 %	22 36 %

Frage B 14
Durch wen

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
Arzt	16 23 %	25 41 %
Psychologe od.Psychiater	5 7 %	7 11 %
Eltern	2 3 %	3 5 %
keine Äusserung	46 67 %	26 43 %

Frage B 15
Psychologische Nachbetreuung der Familien verstorbener Turmorkinder

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	4 6 %	8 13 %
nein	22 32 %	10 16 %
nur in besonderen Fällen	1 1 %	3 5 %
keine Äusserung	42 61 %	40 66 %

VI. Nicht-ärztliche Hilfskräfte

Frage B 16
Haben Sie Stellen für Kindergärtnerinnen

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
eine	25 36 %	31 51 %
zwei	13 19 %	9 15 %
drei	4 6 %	3 5 %
vier		
fünf	1 1 %	2 3 %
sechs	1 1 %	
keine Stelle	25 36 %	16 26 %

Frage B 17
Stellen für Heilpädagogen

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
eine	6 9 %	6 10 %
drei	1 1 %	
acht		1 2 %
keine Stelle	62 90 %	54 88 %

Frage B 18
Stellen für Psychologen

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
eine	12 17 %	27 44 %
zwei	4 6 %	3 5 %
drei	2 3 %	

vier	1 1 %	
keine Stelle	50 72 %	31 51 %

Frage B 19
Stellen für Kindertherapeuten

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
eine		8 13 %
zwei	1 1 %	
keine Stelle	68 99 %	53 87 %

Frage B 20
Stellen für Lehrer

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
eine	20 29 %	26 43 %
zwei	9 13 %	3 5 %
drei	2 3 %	
vier	1 1 %	1 2 %
fünf	1 1 %	
sechs		1 2 %
acht	1 1 %	
keine Stelle	35 31 %	30 49 %

Frage B 21
Gibt es ein eigenes Schulzimmer

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	25 36 %	20 33 %
nein	26 38 %	37 61 %

keine Äusserung	18 26 %	4 7 %

Frage B 22
Bettenunterricht

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	37 54 %	32 52 %
nein	21 30 %	18 29 %
zum Teil	1 1 %	5 8 %
keine Äusserung	10 14 %	6 10 %

Frage B 23
Auf Jeder Station ein Spielzimmer

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	17 25 %	30 49 %
nein	50 72 %	24 39 %
keine Äusserung	2 3 %	7 11 %

Frage B 24
Wird dieses voll genutzt

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	14 20 %	39 64 %
nein	4 6 %	7 11 %
keine Äusserung	51 74 %	15 25 %

Frage B 25
Spielmöglichkeiten für Kleinkinder

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	30 43 %	35 57 %
nein	17 25 %	20 33 %
keine Äusserung	22 32 %	6 10 %

VII. Psychotherapie

Frage B 27
Nehmen Kinderärzte an der Fortbildung in Psychotherapie teil

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	5	12
ohne Angaben	7 %	16 %
nein	51	22
	74 %	30 %
a Balintgruppen	5	15
	7 %	20 %
b Psychotherapie-	3	12
lehrgänge	4 %	16 %
c andere Fortbil-	5	13
dungsmöglichkeiten	7 %	18 %

VIII. Weitere Fragen

Frage B 29
Wieviele Ausländerkinder sind bei Ihnen

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
zehn	7	17
Prozent	10 %	28 %
zwanzig	10	14
Prozent	14 %	23 %
dreissig	27	15
Prozent	39 %	25 %
vierzig	9	7
Prozent	13 %	11 %
fünfzig	10	2
Prozent	14 %	3 %
sechzig	3	1
Prozent	4 %	2 %
siebzig	1	
Prozent	1 %	
keine	2	5
Äusserung	3 %	8 %

Frage B 30
Wie meistern Sie deren sprachliche Probleme

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
überhaupt nicht	17	18
	25 %	29 %
durch ausländische	15	6
Ärzte	22 %	10 %
durch	8	4
Personal	12 %	7 %
durch	14	19
Dolmetscher	20 %	31 %
keine	15	19
Äusserung	22 %	31 %

Frage B 31
Hat die Belegung in den letzten Jahren nachgelassen oder zugenommen

	NRW 0=69	BRD (ausser NRW) 0=61
nachgelassen	32 46 %	38 62 %
zugenommen	19 27 %	10 16 %
gleich geblieben	12 17 %	11 18 %
keine Äusserung	6 9 %	2 3 %

Frage B 32
Haben Sie "Spieltanten" zur Betreuung

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	5 7 %	
nein	42 61 %	40 66 %
a vom Aktions-komitee	2 3 %	2 3 %
b vom Kinder-schutzbund	10 14 %	9 15 %
c andere	10 14 %	10 16 %

Frage B 33
Kümmern sich die anderen Mütter um Kinder, die nicht besucht werden (Nachbarschaftshilfe)

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	55 80 %	42 69 %
nein	6 9 %	3 5 %
manchmal	8 12 %	16 26 %

Frage B 34
Gibt es einen speziellen Kindergarten
(für Geschwisterkinder)

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	12 17 %	10 16 %
nein	43 62 %	43 70 %
keine Äusserung	14 20 %	8 13 %

Frage B 35
Wie ist die Zusammenarbeit mit dem "Aktionskomitee Kind im Krankenhaus"

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
positiv	13 19 %	20 33 %
negativ	18 26 %	13 21 %
Kritik	6 9 %	4 7 %
Fehlanzeige	31 45 %	21 34 %
keine Äusserung	1 1 %	3 5 %

Frage B 36 - 38
Wieviel Betten hat Ihre Klinik

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
unter bis 50	6 9 %	3 5 %
unter bis 100	20 29 %	25 41 %
unter bis 150	5 7 %	18 30 %
unter bis 200	9 13 %	5 8 %
über 200	5 7 %	8 13 %
keine Äusserung	24 35 %	2 3 %

Frage B 48
Gibt es eine Jugendabteilung

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	1 1 %	2 3 %
nein	26 38 %	52 85 %
geplant		2 3 %
keine Äusserung	42 61 %	5 8 %

Frage B 49
Erscheint sie notwenig

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	38 55 %	20 33 %
nein	17 25 %	22 36 %
keine Äusserung	14 20 %	19 31 %

Frage B 50
Gibt es eine Privatstation

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	8 12 %	9 15 %
nein	57 83 %	49 80 %
keine Äusserung	4 6 %	3 5 %

Frage B 51
Ab welchen Alters können Geschwister zu Besuch kommen

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ab 10	7 10 %	11 18 %
ab 12	3 4 %	3 5 %
ab 14	53 77 %	30 49 %
ab 16		2 3 %

keine Äusserung	6 9 %	15 25 %

Frage B 52
Können Kindergartenkinder das Krankenhaus auf allen Abteilungen besuchen (Tag der offenen Tür)

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	36 52 %	23 38 %
nein	26 38 %	28 46 %
keine Äusserung	7 10 %	10 16 %

Frage B 54
Wie stehen Sie zu der Lösung "Haus für kranke Kinder" (Modell Schlossmann) mit einem Zentralbau für alle Kinder (Mutterhaus) bei erreichbaren Spezialabteilungen

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
positiv	66 96 %	42 69 %
negativ		3 5 %
unentschieden		9 15 %
keine Äusserung		7 11 %

Frage B 55 - 58
Wieviele Kinder werden jährlich aufgenommen

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
unter 1000	4 6 %	3 5 %
bis 2000	25 36 %	18 29 %
bis 3000	10 14 %	12 20 %
mehr als 3000	9 13 %	8 13 %
keine Äusserung	21 30 %	20 33 %

Frage B 59 - 60
Wieviel Ärzte

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
1-5 Ärzte	16 23 %	10 16 %
6-15 Ärzte	34 49 %	28 46 %
16-25 Ärzte	3 4 %	4 7 %
mehr als 25 Ärzte	2 3 %	3 5 %
keine Äusserung	14 20 %	16 26 %

Frage B 63
Schwesternschule angegliedert

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	48 70 %	45 74 %
nein	9 13 %	2 3 %
keine Äusserung	12 17 %	14 23 %

Frage B 64 - 65
Wie ist die durchschnittliche Verweildauer in Ihrer Klinik

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
10 Tage	6 9 %	5 8 %
11 Tage	11 16 %	10 16 %
12 Tage	13 19 %	10 16 %
13 Tage	10 14 %	5 8 %
14 Tage	8 12 %	8 13 %
15 Tage	8 12 %	4 7 %
16 Tage	2 3 %	2 3 %

keine Äusserung	11 16 %	17 28 %

Frage B 66 - 67
Bettenbelegung

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
40-60 Prozent	12 17 %	8 13 %
61-70 Prozent	12 17 %	17 28 %
71-80 Prozent	18 26 %	18 29 %
über 81 Prozent	13 19 %	4 7 %

Frage B 68
Zahl der Kindesmisshandlungen (jährlich)

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
eine	10 14 %	7 11 %
zwei	13 19 %	5 8 %
drei	15 22 %	8 13 %
vier	3 4 %	3 5 %
fünf	12 17 %	3 5 %
sechs	2 3 %	1 2 %
neun od. mehr	7 10 %	9 15 %
keine Äusserung	7 10 %	24 39 %

Frage B 69
Zahl der Selbstmordversuche (jährlich)

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
einer	3 4 %	2 3 %
zwei	14 20 %	10 16 %

drei	11 16 %	5 8 %
vier	7 10 %	4 7 %
fünf	6 9 %	4 7 %
sechs	2 3 %	3 5 %
sieben	1 1 %	2 3 %
neun od. mehr	12 17 %	8 13 %
keine Äusserung	13 19 %	23 38 %

Frage B 70
Sehen Sie die Möglichkeit / Notwenigkeit den Beruf des "Child Life Worker" (Observatrice), d.h. speziell ausgebildeter Heilpädagoge an der Kinderklinik einzuführen

	NRW n=69	BRD (ausser NRW) n=61
ja	48 70 %	16 26 %
nein	11 16 %	23 38 %
unentschieden	9 13 %	5 8 %
keine Äusserung	1 1 %	17 28 %

VIII.2 Verwendeter Fragebogen

Interview 1979 in Nordrhein-Westfalen
und der restlichen Bundesrepublik

PROF. DR. MED GERD BIERMANN
LEITER DES
INSTITUTES FÜR PSYCHOHYGIENE
- Heinrich-Meng-Institut -
des Erftkreises

Brühl, den
Schützenstr. 38
Tel: 02232/12092

Die Situation von Eltern und Kind im Krankenhaus

2. Fragebogen / Interview 1979

Referent: Arzt:
Schwester:

I. Besuchszeit (BZ):

Jetzige Regelung

Seit wann besteht diese BZ

Tägliche BZ:
Wieviel Stunden täglich

Unbeschränkte BZ

Unterschiedliche BZ
auf verschiedenen Stationen

Welche Erfahrungen wurden gemacht:

- vermehrte Infektionen
- Belastung der Schwestern
- Behinderung der ärztl. Aufgaben
- Abschiedsschmerz der Kinder nach der BZ,
  wenn sich Mütter heimlich entfernen
- Mütter stecken Kindern heimlich Esswaren (Süssigkeiten) zu

Wann wird Eltern vom Besuch abgeraten

Wieviele Mütter nehmen die tägliche BZ wahr (%)

Ist die BZ von der Entfernung des Wohnortes der Familie abhängig?
(Einzugsgebiet der Klinik)

Erhalten vor allem Sozialwaisen seltener Besuch

Unterschiedliche BZ für
Eltern und andere Besucher

Werden z.B. Besucherkarten
ausgegeben, bei Bevorzugung
der nächsten Bezugspersonen
(Eltern?)

Wie oft wird ein Fehlverhalten
der Besucher beobachtet (%)

a bei Eltern

b bei anderen Besuchern

c bei Gastarbeitern

Besuch auf Infektionsabteilungn

BZ für berufstätige Mütter

BZ für berufstätige Väter

BZ-Probleme durch zu kleine Zimmer

Besondere Besucherzimmer

Spaziergangsmöglichkeiten für
Besucher mit Patienten (im Garten)

"Scheibenbesuche" vom Gang aus

Gibt es noch Besucherbalkons

Wird eine Mittagsruhe der Kinder eingehalten

Wird die Anwesenheit der Eltern bei
der Visite als störend empfunden

vorher draussen "Kurvenvisite"

Feste Elternsprechzeiten

II. Mitaufnahme der Mutter (rooming in):

Können Mütter mitaufgenommen werden

Wieviele Zimmer, bzw. Betten stehen hierfür zur Verfügung

Rooming in durch bauliche Veränderungen erreicht,bzw.geplant

Rooming in durch Umorganisation

Bestehen abgetrennte Mutter-Kind-Einheiten? (Mu-Ki-Zimmer)

Sind die jetzigen Einrichtungen hierfur ausreichend? (Angebot und Nachfrage)

Wie gross ist die Nachfrage nach Mitaufnahme der Mutter (%)

Ist die Nachfrage von der Bevölkerungsschicht abhängig

Wieviele Mütter wurden gleichzeitig mitaufgenommen

Aufenthaltsräume fur Mütter

Besondere Schlafgelegenheiten (z.B. im Schwesternhaus)

Elternpavillons im Klinikgelände

Werden Mütter (Eltern) in benachbarten Pensionen untergebracht

Ist die Mitaufnahme von Müttern nötig, wenn sie ihr Kind tägl. besuchen können (%)

Genügt eine Mitaufnahme der Mutter in den ersten Tagen,bei tägl.BZ

Geschieht die Aufnahme der Mutter mit Wissen der Verwaltung

Kosten der Mitaufnahme der Mutter (für Unterkunft u.Verpflegung)

Wer trägt diese Kosten

Rooming in nur auf Privatstation

Wie werden die Schwestern mit der ständigen Anwesenheit von Müttern fertig

Empfinden sie diesen Kontakt mit den Müttern als

belastend (%)

bereichernd (%)

Wie steht der Arzt zu diesen Problemen

Kann die Mutter die Schwester in der Pflege des Kindes entlasten (als Hilfsschwester)

Wieviel Mütter sind kooperativ (%)

Wieviel Mütter sind schwierig (%)

Muss deshalb die BZ von Fall zu Fall eingeschränkt,bzw.verboten werden

Hat sich die Einstellung von Schwestern bzw.Ärzten seit der Reform geändert

Ist dies ein Generationenproblem

Entstehen durch die ständige Anwesenheit der Mütter Haftpflichtprobleme

III: Aufnahme des Kindes

Ist die Mutter anwesend

Ist die Schwester von der Station als spätere Bezugsperson d.Kindes anwesend

Kann die Mutter bis zum Schlafengehen des Kindes bei ihm bleiben

Werden bei empfindsamen Kindern die Routineuntersuchungen (Labor) bis zur Eingewöhnung zurückgestellt

Hat die Klinik eine psychologische Aufklärungsschrift zur Unterrichtung der Eltern

Wurde das Kind von den Eltern auf den Krankenhausaufenthalt vorbereitet

Evtl. mit einem Besuch in der Klinik

Benutzen Sie die Aufklärungsschrift des Aktionskomitees "Kind im Krankenhaus"

Erhalten Sie Rückmeldungen von Patienten

IV. Säuglings- / Intensivstation:

Werden Eltern auch zu den Frühgeborenen gelassen ("Offenbacher Modell")

Vorteile

Nachteile

z.B. Infektionen

Werden Mütter/Eltern an der Pflege beteiligt

auch direkt am Brutkasten

Können Mütter zum Stillen kommen

Besondere Stillzimmer

Wie werden Mütter auf die Entlassung ihrer Kleinstkinder vorbereitet (Füttern und Wickeln)

V. Schwerkranke Kinder (Leukämie,Tumoren,Dialyse ua.)

Unbeschränkte BZ

mit Übernachtungsmöglichkeit

individuelle Regelung

Besuchseinschränkung bei aggressiver Therapie

Tumorspezialist an der Klinik

mit besonderer Abteilung

Tumorklinik

Überforderung der Schwestern auf Tumorstationen

Werden Tumorkinder bewusst unter die "gesunden" Kinder gelegt

Besteht die Tendenz,Tumorkinder zu Hause zu behandeln und nur kurzfristig zur intensiven Therapie aufzunehmen

Psychologische Betreuung der Tumorkinder

ihrer Eltern

durch wen

Psychologische Nachbetreuung der Familien.

VI. Nicht-ärztliche Hilfskräfte:

Haben Sie Stellen für

Kindergärtnerinnen	Sozialarbeiter
Heilpädagogen	Krankengymnastinnen
Psychologen	Logopäden
Kindertherapeuten	Wehrdienstverweigerer

Lehrer

Gibt es ein eigenes Schulzimmer

Bettenunterricht

auf jeder Station ein Spielzimmer

Wird dieses voll genutzt

Spielmöglichkeiten für Kleinkinder
(Syndkasten u.ä)

Welche Aufgaben erfüllt bei Ihnen
der Psychologe

Hat er eine heilpädagogische Spezialausbildung

Teilnahme der Hilfskräfte a.d.Visite

VII, Psychotherapie

Gibt es eine spezielle psychosomatische
Station (Bettenzahl)

Nehmen Kinderärzte an Fortbildung in
Psychotherapie teil

a Balintgruppen

b Psychotherapielehrgänge

c andere Fortbildungsmöglichkeiten

(Zahl der Kollegen)

Wird diese Fortbildung von Fachkräften vermittelt

a Mitglieder der Klinik b Fachkräfte von aussen

Werden Vorlesungen vor Studenten
über Psychologie des (kranken) Kindes
gehalten ? (in Univ. -u. Lehrkliniken)

VIII. Weitere Fragen:

Hat Ihre Klinik bunte Wäsche

Bunte Kleidung für Schwestern u.Ärzte

Wieviel Ausländerkinder sind bei Ihnen (%)

Wie meistern Sie deren sprachlichen Probleme

Hat die Krankenhausbelegung in den letzten Jahren nachgelassen, oder zugenommen

Haben Sie "Spieltanten" zur Betreuung

a vom Aktionskomitee

b vom Kinderschutzbund

c andere

Kümmern sich die anderen Mütter um Kinder, die nicht besucht werden (Nachbarschaftshilfe)

Gibt es einen speziellen Kindergarten (für Geschwisterkinder)

Wie ist die Zusammenarbeit mit dem "Aktionskomitee Kind im Krankenhaus"

positiv

negativ

Kritik

Fehlanzeige

Wieviel Betten hat Ihre Klinik

davon Säuglinge

Frühgeborene

Gibt es eine Jugendlichenabteilung

erscheint sie notwendig

ist sie geplant

Gibt es eine Privatstation

Ab welchem Alter können Geschwister zu Besuch kommen

Können Kindergartenkinder das Krankenhaus besuchen (Tag der offenen Tür!)

auf allen Abteilungen

Wo sind die nächsten Spezialabteilungen
(mit / ohne Kinderzimmer)

Kinderchirurgie

HNO-Klinik

Augenklinik

Hautklinik

Orthopädische Klinik

Sind diese nach Ihrer Meinung
kinderpsychologisch gut versorgt

Wie stehen Sie zu der Lösung
"Haus für kranke Kinder" (Modell Schlossmann)
mit einem Zentralbau für alle Kinder
(Mutterhaus) bei erreichbaren Spezialabteilungen

Wieviel Kinder werden jährlich aufgenommen

wieviel Ärzte

wieviel Schwestern

Schwesternschule angegliedert

Wie ist die durchschnittliche
Verweildauer in Ihrer Klinik

Bettenbelegung (prozentual)

Wie stehen Sie zur ambulanten klinischen
Betreuung des kranken Kindes i.d.Familie

Zahl der Kindsmisshandlungen (jährlich)

Zahl der Selbstmordversuche (jährlich)

Sehen Sie die Möglichkeit / Notwendigkeit,
den Beruf des Child Life Worker (Observatrice),
d.h. speziell ausgebildeter Heilpädagoge,
an der Kinderklinik einzuführen

Wann wurde Ihre Klinik gebaut

Wann erfolgte der letzte Umbau der Klinik

Herrn Prof. Dr. Biermann danke ich für die Überlassung des Themas.

Herrn Prof. Dr. Karch möchte ich für seine freundliche Unterstützung bei der Abfassung der Arbeit danken.

Lebenslauf

Am 20. November 1957 wurde ich als Sohn der Hausfrau Marlies Peeters geb. Klecker und des Kaufmanns Franz Peeters in Viersen geboren. Ostern 1964 wurde ich eingeschult und legte 1976 mein Abitur am Städtischen Humanistischen Gymnasium zu Viersen ab. Im Oktober 1976 begann ich das Studium der Biologie an der Universität Zürich. Seit Sommersemester 1977 Studium der Medizin an der Universität Düsseldorf:

März 1979 Ärztliche Vorprüfung
März 1980 Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
März 1982 Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
April 1983 Dritter Anschnitt der Ärztlichen Prüfung
Mai 1983 Approbation als Arzt

Rudolf Peeters